

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 58

Travail de la Clinique Chirurgicale
du Professeur Tixier

Contribution à l'étude
des Formes Cliniques
des Tumeurs Malignes de l'Ovaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 22 Novembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert CADÉOT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Ancien Externe des Hôpitaux de Toulouse

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Certifié d'Hydrologie et de Climatologie

Né le 10 Octobre 1908, à EAUZE (Gers)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1932

**Contribution à l'Etude des Formes Cliniques
des Tumeurs malignes de l'Ovaire**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Travail de la Clinique Chirurgicale
du Professeur Tixier

Contribution à l'étude
des Formes Cliniques
des Tumeurs Malignes de l'Ovaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 22 Novembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert CADÉOT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Ancien Externe des Hôpitaux de Toulouse

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Certifié d'Hydrologie et de Climatologie

Né le 10 Octobre 1908, à EAUZE (Gers)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1932

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE
Assesseur M. X...

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
	PAVIOT
Cliniques chirurgicales	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON
Clinique ophtalmologique	X. BONNET, agrégé, chargé de cours
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COLLET
Clinique des maladies des voies urinaires	GAYET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COURMONT
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MANCEAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie externe	LERICHE
Pathologie interne	FROMENT
Pathologie et Thérapeutique générales	CADE
Anatomie pathologique	FAVRE
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	ETIENNE MARTIN
Hygiène	ROCHAIX
Thérapeutique	SAVY
Pharmacie et Pharmacologie	LEULIEH
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président ; GABRIELLE, assesseur ;
POLLOSSON et CIBERT

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
LE CAPITAINE MARCELLIN SAINT-BLAMAT
Chevalier de la Légion d'honneur ..

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE
LE DOCTEUR FRÉDÉRIC CADEOT

Mon premier maître.

A MA MÈRE, A MA SŒUR

En témoignage de très grande
affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale

Membre associé national de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

En hommage de profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse. Son enseignement si vivant sera le meilleur souvenir de nos études médicales.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GABRIELLE

Médecin lieutenant-colonel

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'honneur

Respectueux hommage de gratitude pour son accueil toujours bienveillant.

A NOS JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE BERTRAND

Chef de Clinique Chirurgicale

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse. Il a été pour nous un guide précieux. Nous le prions de croire à notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARION

Chef de Clinique Chirurgicale

Aide d'Anatomie

Il nous a éclairé de ses conseils dans l'élaboration de ce travail. Qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre gratitude.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-LIEUTENANT-COLONEL

ROGER COURBOULES

Professeur agrégé de Chirurgie du Val-de-Grâce

Chirurgien des Hôpitaux Militaires

Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire de Bordeaux-Talence

Chevalier de la Légion d'honneur

En reconnaissance du bienveillant intérêt qu'il nous témoigne.

2001 201 1

A MONSIEUR LE MÉDECIN-CAPITAINE L. FERRABOUC

Professeur Agrégé d'Hygiène

à l'Ecole d'Application du Val-de-Grâce

En témoignage de notre respectueuse gratitude pour nous avoir associé à ses travaux.

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

A MES CHEFS

Contribution à l'Étude des Formes Cliniques des Tumeurs malignes de l'Ovaire

INTRODUCTION

Les tumeurs de l'ovaire ont suscité d'innombrables travaux. Les caractères histologiques et le pronostic si déconcertant de ces néoformations ont particulièrement intéressé les auteurs classiques.

Par contre, ceux-ci paraissent avoir un peu délaissé l'étude de leurs formes cliniques dont l'aspect protéimorphe donne lieu à de multiples erreurs de diagnostic.

C'est à une étude clinique, limitée à 80 observations de tumeurs malignes de l'ovaire, de la clinique et de la clientèle de M. le Professeur Tixier, qu'est consacré notre travail. Nous ne tenons compte que des tumeurs dont l'histologie a confirmé la malignité.

Dans une première partie, nous établissons une classification des formes cliniques suivant les syndromes pour lesquels les malades se sont présentées et qui ont pu être cause de faux diagnostics.

L'étude analytique des signes fonctionnels, généraux et physiques trouvés dans ces observations constitue la deuxième partie de notre exposé. Dans ce

deuxième chapitre, on pourra apprécier par leur fréquence la valeur de ces symptômes.

Ne montrerait-il que la nécessité de pratiquer, en pathologie abdominale surtout, un examen approfondi des malades dans une étroite collaboration médico-chirurgicale, notre travail aurait atteint son but.

CHAPITRE PREMIER

Formes cliniques

Généralités

La tumeur maligne de l'ovaire se présente en clinique avec de multiples aspects. Elle simule beaucoup de maladies et peut revêtir une allure chronique ou aiguë. C'est sous ses masques divers qu'il faut la déceler : dans la salle de médecine, cachée sous une ascite prétendue médicale ; à l'Infirmierie de Porte où elle pose un diagnostic urgent, voire dans une Maternité.

Quand elle se comporte comme une tumeur pelvienne ou un kyste de l'ovaire, dont la malignité apparaît dès l'examen clinique ou seulement à titre de découverte opératoire, le diagnostic paraît plus facile.

L'association d'une tumeur de l'ovaire avec un fibrome utérin ou un cancer du corps de l'utérus donne lieu à des symptômes particuliers décrits dans les formes utérines.

Le syndrome anatomo-clinique de Krukenberg ⁽¹⁾ correspondant aux métastases ovariennes des cancers gastriques est très spécial.

Tantôt, il se présente avec des signes fonctionnels gastriques et génitaux et les examens physique et radiologique confirment l'existence d'une tumeur gastrique et ovarienne unilatérale ou plus souvent bilatérale et il peut être alors classé dans les formes digestives.

D'autres fois, le malade se présente sans aucun signe gastrique, l'examen complet n'a pas révélé l'atteinte gastrique. Après laparotomie, au cours de l'examen digestif ou de l'examen histopathologique, on reconnaît la nature métastatique de la néoplasie ovarienne.

C'est ainsi que nous envisagerons successivement :

1° Les formes kystiques, à distinguer des kystes simples de l'ovaire ;

2° Les formes tumorales, à distinguer des autres tumeurs pelviennes ;

3° Les formes ascitiques, à distinguer des autres affections abdominales avec ascite ;

4° Les formes digestives, à distinguer des affections gastriques et intestinales ;

5° Les formes utérines associées à une tumeur utérine ;

6° Les formes urinaires ;

7° La forme simulant la grossesse ;

8° Les formes aiguës se révélant :

(1) Thèse Rousselin. inspirée dans la clinique chirurgicale du Professeur Tixier : Des métastases ovariennes des cancers gastriques 1980.

- a) par des signes d'occlusion intestinale ;
- b) par des signes d'appendicite ;
- c) par des signes de péritonite,

Formes kystiques

Elles sont les plus fréquentes et correspondent à des kystes proliférants malins.

Dégénérescence des kystes de l'ovaire

Aux environs de la ménopause, ou bien à un moment quelconque que l'on ne peut prévoir, la transformation du kyste bénin en tumeur, qui végète dans son voisinage et se généralise, change l'allure clinique de la maladie.

Ces kystes bénins sont, suivant l'expression de Pozzi, « en état perpétuel d'imminence maligne à cause de la facile transformation de leur épithélium ».

Ces tumeurs devenues malignes ne gardent pas toujours leurs caractères cliniques : on en trouvera beaucoup dans les formes suivantes. Un certain nombre conserve les signes physiques et fonctionnels de kystes ovariens, auxquels s'ajoutent des signes de malignité clinique ou opératoire.

On fait le diagnostic de malignité :

- a) Soit par la clinique ;
- b) Soit par la laparotomie ;
- c) Soit à cause d'une récurrence (kystes récidivants malins).

Signes cliniques de malignité

1° *Ascite*. — Elle annonce ordinairement la période de proliférations malignes dans le voisinage de la tumeur et dans la cavité péritonéale.

Sa rapide reproduction après ponction et sa cytologie (cellules endothéliales, globules rouges, albumine en grande quantité), confirment la malignité.

2° *Fièvre*. — C'est un facteur important de malignité.

Elle évolue entre 37°5 et 38°5. Dans la forme kystique, elle est rarement trouvée.

3° *Caractères de la tumeur*. — Au toucher vaginal, on sent parfois la tumeur bosselée, l'envahissement du petit bassin par des tumeurs dures, irrégulières.

A la palpation, on perçoit une tumeur plus consistante à travers la couche liquide d'ascite.

La bilatéralité de la tumeur se rencontre souvent ; c'est un signe de présomption qui, associé aux autres, prend de la valeur.

4° *Déchéance rapide de la santé*.

Signes opératoires de malignité.

Souvent, on pose le diagnostic de kyste de l'ovaire sans soupçonner la malignité. On trouve à la laparotomie des semis péritonéaux, et des greffes sur les divers organes abdominaux, un peu d'ascite ayant les caractères de l'ascite cancéreuse.

a) *Kystes dont on a fait le diagnostic clinique
de malignité*

OBSERVATION I

Tumeur végétante et kystique de l'ovaire. Pesanteur dans le ventre. Augmentation considérable du volume de l'abdomen. Plusieurs litres d'ascite.

Marie R..., 54 ans. Entrée le 8 avril 1907. Bonne santé habituelle. Mariée : 11 grossesses. Bien réglée. Parfois quelques pertes blanches. Ménopause : 52 ans; depuis, pas de pertes.

Début de l'affection remonte à 4 ou 5 mois. Malade ressentit comme une pesanteur dans le ventre, elle la vit croître de plus en plus. Mais gêne bien plus que douleur. Elle a un peu maigri. Teint jaunâtre (ce n'est pas une hépatique).

Examen. — Ventre énorme (pourtour 115 cm.). Circulation complémentaire. Matité dans les flancs. Sonorité à la partie supérieure du ventre en pointe. Pas de matité en damier. Palpation négative. Ventre distendu.

Toucher vaginal : Utérus en rétroversion flottant dans le liquide. A droite, cul-de-sac douloureux. Masse qui entraîne l'utérus.

Intervention : 9 avril. — Evacuation de plusieurs litres de liquide. A droite, tumeur végétante et kystique de l'ovaire. A gauche, point de départ de tumeur plus petite. Douglas infiltré. On referme.

20 avril 1907. — Température monte. — Parotide aiguë. Autopsie : Côlons adhérents.

OBSERVATION II

Vient pour tumeur abdominale. Crises de douleurs intenses, dans l'intervalle. Douleurs sourdes. Troubles digestifs. Nausées. Vomissements. Anorexie. Troubles urinaires. Ventre ascitique.

Madeleine M..., 67 ans. Régée de 13 à 53 ans. Sciatique à 63 ans pendant trois mois. Règles douloureuses précédées de coliques atroces. Depuis le début de décembre, la malade souffre de douleurs abdominales intenses, dans l'intervalle, douleurs sourdes dans le ventre. En même temps, troubles digestifs, nausées, vomissements, anorexie. Constipation durant depuis longtemps. Troubles urinaires : 2 mictions très abondantes.

Entrée. — Abdomen très volumineux, sillonné de veines dilatées. Augmentation porte surtout sur la partie médiane et le flanc droit. Ventre en obusier.

Pas de déplissement de la cicatrice ombilicale. Matité périombilicale et dans l'hypocondre droit, sauf lorsqu'on fait pencher la malade de ce côté. Le flanc gauche devient mat : ce qui fait soupçonner liquide.

Palper. — Tumeur dure, irrégulière; grosses bosselures.

Toucher vaginal. — Mvts ne se transmettent pas. Il s'agit très certainement d'une tumeur solide et kystique. Il y a de l'ascite.

A noter : Vomissements bilieux répétés et douloureux épigastriques. Est-ce l'indice d'un néo concomitant du tube digestif, d'un semis épiploïque ?

OBSERVATION III

Tumeur bilatérale des ovaires. Généralisation péritonéale.

Victorine B..., 49 ans. Consulte en janvier 1921. Docteur Carret, de Crémieux, pour douleurs abdominales et rentre à l'Hôtel-Dieu.

Réglée à 15 ans. Mariée à 20 ans. Pas de fausses couches. Deux enfants. Depuis un an les règles viennent un peu en retard. Ce mois dernier, les règles durent un jour seulement. En juillet, les douleurs apparaissent, *siège* à droite sous le foie. Elles y prédominent.

En octobre, ascite ponctionnée : 4 litres de liquide citrin. On conseille intervention. Elle a vu deux docteurs : même avis.

Examen du Docteur Bonnet : On fait à distance en voyant la malade dans son lit diagnostic de lésion ovarienne (néo-probable). Malade a le visage un peu émacié, lèvres cyanosées, pommettes colorées, semble cependant avoir un état général assez bon, mais on apprend qu'elle a maigri beaucoup. Ascite évidente et importante.

Toucher vaginal (combiné) : On perçoit col. En avant corps mal perçu. Douglas rempli par masse végétante en chou-fleur qui paraît un semis de néo ovarien. A droite et à gauche remontant jusqu'au dessus de l'ombilic, on perçoit tumeurs diverses qui ballottent comme des têtes fœtales.

Plus haut dans régions vasculaires et à gauche au voisinage de l'estomac, on perçoit aussi des masses dures. Aucun doute : on fait le diagnostic des envahissements néoplasiques des ovaires, du péritoine et de l'épiploon. On doit faire quelques réserves sur l'envahissement de l'estomac. A noter quelques vomissements bilieux. Mais

appétit conservé. Rien ailleurs. Lipome de la région lombaire. Intervention. Laparotomie. Tumeur bilatérale des ovaires. Généralisation péritonéale. Rien à faire.

OBSERVATION IV

Enorme kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Généralisation. Malade pâle, amaigrie. Ventre distendu par tumeur. Flot très net.

Julie F..., 30 ans. Pas d'antécédents importants, mais il y a deux mois, à la suite d'un accouchement qui s'est bien passé, le ventre de la malade a grossi brusquement (*sic*) à droite sans douleur. Depuis 7 mois, douleurs continues, peu vives, accrues par le décubitus dorsal, localisées dans les flancs, présentant tous les 8 ou 15 jours des crises plus vives. Règles régulières.

Pas de pertes, ni rouges, ni blanches.

Examen : Malade un peu pâle et amaigrie. Ventre : distendu par tumeur, à droite tumeur qui remonte à l'ombilic : deux travers de doigt, pas très tendu, flot très-net.

Toucher vaginal : Col normal. Tumeur n'est pas très mobile avec l'utérus.

Intervention (novembre 1907) : Enorme kyste multiloculaire de l'ovaire droit; liquide sirupeux. Traces de généralisation.

OBSERVATION V

Kyste de l'ovaire malin avec propagation à l'appendice. Augmentation progressive du volume du ventre. Amaigrissement très prononcé. Ventre volumineux.

Marie L..., 36 ans. Réglée à 15 ans.

Toujours régulièrement, encore à l'heure actuelle. Pertes blanches, peu abondantes et peu fétides, précédant l'apparition des règles.

Début remonte à 4 ans. Quelques douleurs dans l'hypogastre et les lombes dès cette époque. Augmentation progressive du volume du ventre. Entre en février 1908.

Le Docteur Gangolphe fait le diagnostic de kyste ovarien. Il conseille l'intervention.

Malade, « minus habens », vient deux ans plus tard avec un mot de Gangolphe : kystes ovariens multiples paraissant pédiculés.

Examen : Malade jeune, paraît plus âgée qu'elle n'est, a sensiblement maigri.

Ventre volumineux, distendu. Pas de signe d'ascite. Dans le flanc gauche, tumeur rénitente, volumineuse, remontant presque au niveau de l'ombilic. Elles n'ont pas sensiblement augmenté de volume pendant ces deux années.

Toucher vaginal : Dans le cul-de-sac droit, descend masse rénitente (volume tête fœtale) adhérente. Utérus refoulé à gauche. En haut et à gauche remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic, masse donnant impulsion à l'utérus.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire en évolution maligne.

Intervention : Deux kystes bourgeonnants malins. Pour se donner du jour, on prolonge incision. On ponctionne les deux kystes. Liquide transparent mucoïde de la région gauche. Kyste droit, se prolonge dans ligament large entre vessie et utérus. Décollement de vessie difficile. Sous le péritoine, au niveau du ligament infundibulo-pelvien droit : bourgeons néoplasiques qui arrivent au contact de l'appendice, lequel est englobé. On l'enlève. Hystérectomie totale. Péritonisation. Guérison.

OBSERVATION VI

Néo de l'ovaire droit. Amaigrissement. Constipation. Facies ovarien. Ascite nette.

Marie M..., 34 ans. Entre en 1909 parce que son ventre a considérablement grossi.

Réglée à 12 ans. Mariée : deux enfants. Pas de fausses couches.

Depuis un an, ses règles viennent toutes les 5 à 6 semaines, peu abondantes; mais elle n'a pas eu de pertes depuis 3 mois.

A 23 ans, douleurs abdominales dans fosse iliaque gauche. Durée trois semaines.

Température ; anorexie. Pas de pertes blanches. Constipation.

A 30 ans, dysenterie. Depuis cette époque, douleurs fréquentes surtout après avoir mangé. Vomissements.

Affection actuelle : Depuis trois mois : douleurs abdominales à siège variable faisant quelquefois vomir la malade.

Constipation. Pas de météorisme.

Examen : Amaigrissement, *faciès légèrement ovarien*. Ascite avec tous ses signes.

OBSERVATION VII

Néo des ovaires. Troubles digestifs.

Mme R..., 43 ans. Entre pour accroissement du volume de l'abdomen et constipation. Quelques troubles digestifs. Température 37°8. Amaigrissement. Ascite considérable, libre. Flot.

OBSERVATION VIII

Tumeurs ovariennes développées des deux côtés du ligament large. Beaucoup d'ascite. Ventre volumineux.

Marguerite D..., 28 ans. Entre le 3 juillet 1922. Régliée à 13 ans.

Début de la maladie : il y a 3 ans. Douleurs dans bas-ventre, irradiées dans les lombes, surtout après la fatigue. Pas de pertes.

Dès le début de ces phénomènes douloureux : le ventre augmentait de volume.

En 1919, ventre ponctionné. Mais il devient de nouveau volumineux. La malade a été opérée à cette époque. Dans la suite, bon état. Depuis, douleurs ont réapparu. Ventre augmente de volume. Vomissements fréquents qui ont persisté. Douleurs ont cessé.

Examen : Ventre volumineux, dilaté, surtout dans les flancs, sillonné par des veines. Sensation de flot. Masse grande comme la paume de la main au-dessous du rebord costal gauche, mais séparé de lui. On voit également au-dessus de l'arcade crurale droite, masse qui remonte en hauteur jusqu'au niveau de l'ombilic.

Grosse quantité d'ascite; mais on perçoit nettement énorme tumeur multilobée sus-ombilicale se continuant à gauche sous la forme d'un gros lobe ressemblant à une rate volumineuse.

Intervention : On reconnaît que les tumeurs à point de départ ovarien sont développées des deux côtés du ligament large. Adhérences multiples aux anses intestinales. Hystérectomie subtotal. Bon résultat; mais 20 juillet, infection. Mort.

OBSERVATION IX

Tumeur papillaire végétante des ovaires. Augmentation considérable du volume du ventre.

Mme B..., 49 ans. Entre le 6 avril 1932, envoyée par le Docteur Piney avec le diagnostic de kyste de l'ovaire. Elle fut opérée pour une suppuration du pied à la salle Sainte-Anne (service du Professeur Poncet), le Professeur Tixier étant interne, en 1897. Elle s'est bien portée dans l'intervalle. Elle est toujours mariée : 6 enfants.

Actuellement, la malade revient pour une augmentation considérable du volume de son ventre. Cet accroissement s'est fait rapidement depuis le mois de février. Il y a quelques mois la malade ressentit des pesanteurs dans le bas-ventre et des tiraillements lombaires. Elle a perdu l'appétit et a beaucoup maigri sans qu'elle puisse préciser.

Menstruation toujours très normale. Hier matin, la malade fut ponctionnée par un médecin qui pensait à une ascite libre. On retira 6 litres de *liquide filant, hémorragique*.

A l'examen : Malade apyrétique. Teint couperosé. Le ventre est distendu par du liquide. Ventre étalé de batracien plutôt que ventre saillant, mais sensation de flot qui ne se déplace pas.

Intervention (8 avril 1932) : Professeur Tixier-Docteur Clavel. Le *diagnostic* est ascite *symptomatique de tumeur de l'ovaire*. A l'ouverture, péritoine tellement épaissi, intestins tellement réunis par des adhérences évolutives qu'il y a un moment de flottement et on se demande si on est en péritoine libre ou dans la poche d'un kyste rompu. En réalité, ascite hémorragique libre et symptomatique d'une tumeur végétante bilatérale des ovaires. Hystérectomie totale. Ovariectomie.

OBSERVATION X

Epithélioma mucoïde malin. Gêne progressive respiratoire. Rétention d'urine pendant trois jours. Sensation de flot.

Claudine R..., 40 ans. Entre en mai 1912. Affection antérieure : rhumatisme articulaire aigu. Bien réglée. Mariée : deux enfants. Depuis deux ans, le ventre augmente de volume lentement. Sensation de gêne progressive après les repas dont la digestion lente s'accompagne parfois d'un léger accroissement de ballonnement et de gêne respiratoire. Quelques douleurs lancinantes dans la région sacro-lombaire depuis quatre mois surtout. Pas d'autres signes fonctionnels. Selles normales. Tumeur s'est accrue, sans à-coups, sans torsion. Il y a deux mois, rétention d'urine pendant trois jours. Douleurs vésicales : pendant 15 jours. Sondage, puis rétention disparaît. Règles un peu moins abondantes.

Examen : Matité dans région ombilicale, remontant jusqu'à quatre travers de doigt, au-dessus de l'ombilic où elle fait place à de la sonorité qu'on retrouve dans les flancs. Flot très net, vergetures de la peau. Ebauches de circulation collatérale. Fluctuation uniforme sans pla-cards indurés.

Toucher vaginal : Utérus fixé repoussé en avant par une *masse fluctuante* perçue dans le Douglas.

Intervention : Séries de poches kystiques et solides. Gros intestin très adhérent, passe en sautoir à gauche et en haut. Plan de clivage à droite. En avant, vessie très adhérente. Une ponction diminue la tumeur. Déchirures intestinales du côlon descendant.

Examen de la pièce : Epithélioma mucoïde très malin de l'ovaire avec gros bourgeons.

**b) Kystes dont on a fait le diagnostic opératoire
de malignité**

OBSERVATION XI

Kyste prolifère. Abdomen volumineux. Légère dyspnée.

Rosalie D..., 37 ans. Vient pour tumeur abdominale augmentant progressivement depuis un mois. Régulée à 13 ans. Règles régulières. Mariée : 3 enfants bien portants.

Depuis un an, règles beaucoup moins abondantes sans être plus douloureuses. Quelques douleurs dans fosse iliaque gauche.

Examen : Abdomen volumineux, saillant avec matité au centre et sonorité dans les flancs, surtout à droite; la base du thorax est légèrement élargie avec ébauché de circulation collatérale, légère dyspnée, surtout apparente à l'effort.

Toucher vaginal : Utérus un peu refoulé en avant, mobile.

Bon état général.

Diagnostic clinique : Il s'agit manifestement d'un kyste de l'ovaire avec réaction péritonéale à gauche en raison de la douleur et de la matité.

Intervention (avril 1910) : Ascite. Kyste prolifère malin.

OBSERVATION XII

Epithélioma de l'ovaire gauche et généralisations abdominales.

Mme R..., 53 ans. La malade vient, en janvier 1923, à l'hôpital parce que depuis quelque temps son ventre a augmenté de volume.

Règles régulières, à 13 ans. Ménopause à 48.

Augmentation, non accompagnée de douleurs.

Depuis 10 jours, sensation de ventre dur.

Troubles digestifs : Inappétence et constipation.

Troubles vésicaux : Envies fréquentes d'uriner (tuberculose rénale concomitante).

Amaigrissement. Perte de forces.

Inspection : Abdomen volumineux. Météorisé, non douloureux.

Percussion : Tympanisme périombilical. Matité au niveau des flancs.

Palpation : Dans zones ombilicales : Nodosités, dures, irrégulières, bosselées non douloureuses.

Toucher vaginal : En arrière du col deux petits noyaux durs. Il est impossible d'individualiser corps utérin qui paraît se perdre dans une *masse volumineuse kystique* avec parties dures et bosselées, qui fait corps avec tumeur perçue dans l'abdomen.

Intervention : Il s'agit d'un néo de l'ovaire bourgeonnant dans le tablier épiploïque tout entier infiltré. Taches de bougie.

OBSERVATION XIII

Tumeur bilatérale des ovaires. Coliques très violentes et très douloureuses. Constipation opiniâtre. Anorexie. Amaigrissement. Tumeur volumineuse.

Françoise G..., 54 ans. Entre à l'hôpital parce qu'elle souffre du ventre.

Ménopause, il y a un an. Depuis deux mois, crises

douloureuses très violentes siégeant principalement dans la partie inférieure de l'abdomen.

Puis il est survenu une constipation opiniâtre. L'appétit a disparu.

L'amaigrissement aurait été considérable.

Examen : Tumeur volumineuse s'étendant du pubis jusqu'au-dessous de l'ombilic de part et d'autre de la ligne médiane.

Toucher vaginal : Tumeur perceptible dans le cul-de-sac gauche.

Depuis 5 semaines : névralgie obturatrice.

OBSERVATION XIV

Tumeur bilatérale des ovaires. Troubles de compression très marqués. Amaigrissement. Diabète.

Mme J..., 44 ans. Envoyée par le Docteur Palliard. Il y a deux ans environ, elle a commencé à présenter au moment de ses règles des pertes beaucoup plus abondantes que normalement, avec de gros caillots alors qu'auparavant elle était réglée normalement.

Pas d'amélioration par traitement médical. Grosse fatigue les jours après les règles. Entre temps, pertes blanches. En même temps, elle présenta des troubles qui firent penser au diabète que confirme l'examen des urines. Insuline.

Enfin, il y a environ deux mois, la malade ressentit quelques douleurs dans les aines, puis constate augmentation rapide et considérable du ventre, en même temps qu'elle souffrait de troubles de compression assez marqués.

A l'entrée : Femme amaigrie. Pas de température.

Examen : Gros volume de l'abdomen portant surtout

sur partie droite. *Le ventre pointe en avant et à droite de l'ombilic.* Circulation veineuse collatérale.

Palpation : Tumeur peu mobile, un peu douloureuse, délimitée nettement. Consistance plutôt élastique.

Percussion : Matité nette, contrastant avec sonorité concomitante.

Toucher vaginal : Utérus paraît normal. Col attiré un peu en arrière, mais surtout en haut et à droite.

Intervention (10 juillet 1930) : Professeur Tixier : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Tumeur bilatérale des ovaires. Hystérectomie sus-cervicale. Pincement au passage de la tumeur de l'ovaire gauche qui est tout entière intra-ligamentaire. Péritonisation serait difficile. Mickuliez.

Histologie : Tumeur végétante épithéliale. Nombreuses kariokynèses.

19 novembre 1930 : Tixier-Carcassonne ont introduit deux tubes de radium.

Résultat de l'examen histologique du moignon cervical : Quelques cellules épithéliales (qui relèvent très vraisemblablement d'une origine ovarienne).

OBSERVATION XV

Mme Reb..., 64 ans. Tumeur kystique de l'ovaire. Forme papillaire végétante, intrakystique. Ventre devenu gros. Pertes rouges abondantes.

Mauvais état général.

OBSERVATION XVI

Grosse tumeur de l'ovaire droit. Douleurs peu intenses à la fatigue. Amaigrissement. Anorexie. Facies ovarien.

Elisa G..., 49 ans. Vient pour une tumeur du ventre. Régulée à 11 ans jusqu'à 48 ans. Il y a deux ans, hématomèses assez abondantes, précédées de selles noirâtres. Il est difficile de retrouver les causes de ces accidents. L'année suivante, le melæna recommence.

Il y a deux mois, la malade s'est aperçue que son ventre augmentait de volume. Douleurs pendant la fatigue, disparaissent au repos.

Etat général très éprouvé. Amaigrissement. Dégoût pour les viandes. Facies ovarien.

Examen : Palpation : Tumeur irrégulière, en chou-fleur, remontant à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, ballottant dans du liquide. Rien de spécial au toucher.

Intervention (novembre 1910) : Grosse tumeur de l'ovaire droit. Infiltration gélatiniforme des deux ligaments utéro-ovariens.

OBSERVATION XVII

Tumeur de l'ovaire avec généralisation. Douleurs lombaires. Anorexie à l'ombilic. Abdomen en obusier.

Mme B..., 66 ans. Bien réglée. 7 enfants. Il y a près de deux mois, la malade va au dispensaire pour un abcès de

l'ombilic et une légère gêne du bas-ventre qu'elle attribuait à son pessaire.

On lui fait préciser depuis 6 mois : asthénie, anorexie, amaigrissement. C'est seulement depuis deux mois que les symptômes actuels ont apparu : ballonnement du ventre, douleurs lombaires à droite surtout, intéressant aussi l'hypocondre et le bas-ventre du même côté. Constipation opiniâtre. Légère dyspnée.

Toucher vaginal : Col plaqué contre symphyse, difficile à repérer; fonds utérin basculé en arrière et dévié à gauche.

Toucher rectal : Dans le Douglas, énorme masse irrégulière, bosselée, dure, non adhérente.

Abdomen en obusier. Légère circulation collatérale.

Ombilic ulcéré, bourgeonnant, dur, infiltré.

c) *Kystes récidivants*

OBSERVATION XVIII

Kyste de l'ovaire récidivant 10 ans après, sous forme de néo généralisé dans l'abdomen.

Emilie G..., 52 ans. Ménopause, 50 ans. Ventre grossit. Evolution chronique. Vertiges, crises douloureuses, très violentes pendant la nuit. Irradiations spéciales. Tous les signes du kyste. (Mars 1912).

OBSERVATION XIX

Récidive de kyste de l'ovaire.

Marie T..., 49 ans. Opérée, il y a 21 ans, d'un kyste de l'ovaire par Jaboulay. A vu depuis 18 ans, tumeur dans le sein droit. A constaté, il y a un mois, dureté abdominale.

Diagnostic clinique : Probablement tumeur ovarienne du côté opposé.

Intervention (Bonnet) : Halstedt.

Tumeur ovarienne, épithélioma du type glandulaire. Fibrome utérin. Hystérectomie totale.

Récidive du côté même où on a enlevé le kyste. (Janvier 1927).

Formes tumorales

Ce sont les formes pour lesquelles on fait un diagnostic de tumeurs pelviennes ou utérines. Elles se rencontrent assez souvent et se manifestent au début par des signes peu accusés. L'état général reste ordinairement bien conservé, jusqu'à une période avancée de la maladie. La constipation est de règle. Les troubles urinaires sont moins fréquents. On note souvent une élévation de la température entre 37°8 et 38°5.

La malade consulte pour douleurs dans le bas-ventre ou pour augmentation de volume du ventre.

A la palpation abdominale, on peut parfois percevoir la tumeur, mais c'est par le toucher vaginal combiné et le toucher rectal que l'on sent le mieux la tumeur qui bombe dans le Douglas.

Trois affections surtout peuvent faire errer le diagnostic :

a) *Le fibrome utérin* (surtout fibrome pédiculé du fonds ;

b) *L'hydrosalpinx* (quand la tumeur est bilatérale) ;

c) *L'abcès froid tubaire* (quand la tumeur est unilatérale).

a) Les fibromes se caractérisent par des hémorragies régulières, menstruelles, dont la durée peut être très longue, mais entre lesquelles il subsiste toujours un intervalle.

Les hémorragies des tumeurs ovariennes, quand elles existent, sont irrégulières et capricieuses (Observation XXIII).

Elles ne deviennent continues que du fait de la présence d'un cancer du corps utérin. D'autre part, la présence d'ascite, la température subfébrile peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

b) D'autres diagnostics qui peuvent être discutés sont ceux d'hydrosalpinx bilatéral et d'abcès tubaire en présence d'une malade qui a une température subfébrile. Un toucher vaginal ou rectal minutieux permet d'apprécier la consistance particulièrement dure de la tumeur ovarienne.

La tumeur devenue abdominale prend un autre

aspect. Elle peut simuler beaucoup d'autres tumeurs abdominales, et surtout un utérus gravide. Nous verrons plus loin la forme simulant la grossesse.

OBSERVATION XX

Epithélioma de l'ovaire. Volumineuse tumeur abdominale. Constipation. *Température* 37°6. Matité centrale. Sonorité dans les flancs.

Mme M..., 46 ans. Entre pour *tumeur abdominale*. Malade s'aperçut à la suite d'une grippe que son ventre augmentait de volume. Ne s'inquiète pas. Ventre continua à grossir. Jamais de douleurs proprement dites. Seulement et à de rares intervalles quelques légers élancements dans hypocondre droit. Bon état général. Appétit conservé.

Examen : Volumineuse tumeur abdominale, faisant saillie sur la ligne médiane facilement délimitable. Matité centrale. Sonorité dans les flancs. Tumeur de consistance rénitente, élastique, ne laissant percevoir aucune fluctuation, pas d'irrégularités, ni de bosselures.

Toucher vaginal : Dans cul-de-sac droit : Masse dure non fluctuante. Constipation. *Température* 37°6.

Intervention : Tumeur multiloculaire. Liquide très épais.

Histologie : Epithélioma mucoïde prolifère.

OBSERVATION XXI

Malade envoyée pour tumeur abdominale. Douleurs dans le bas-ventre. Asthénie. Pollakiurie. Diagnostic clinique : tumeur maligne pelvienne ou utérine.

Alice B..., 38 ans. Antécédents : Règles à 11 ans et demi. Une fausse couche. Deux enfants. Il y a trois mois, œdème de la jambe droite. Analyse d'urine qui ne donna rien. Œdème disparut de lui-même. Affection actuelle a débuté par douleurs généralisées un peu partout.

Toucher vaginal : Col remonté. Grosse masse distendant Douglas, indépendante de la muqueuse vaginale, très dure, avec des irrégularités.

Palpation : A droite, affleurant à l'ombilic, masse arrondie semblant nettement appartenir à l'utérus. Leucorrhées avant et après les règles. Bien réglée. Pas de constipation. Pollakiurie. Douleurs dans bas-ventre, s'irradiant dans région crurale.

Diagnostic : Tumeur maligne pelvienne ou utérine.

Intervention : Epiploon, adhérent au sommet de la tumeur, charnu, infiltré. Tout le pelvis est comblé par grosse tumeur de l'ovaire droit bourgeonnante refoulant l'utérus en avant et au-dessus à gauche fortement adhérente à l'S iliaque, existe une seconde tumeur kystique bourgeonnante appartenant à l'ovaire gauche.

OBSERVATION XXII

Unique signe : augmentation de volume du ventre.

Mme F..., 54 ans. Ménopause : 51 ans. Une fausse couche, un enfant.

Affection actuelle remonterait à la ménopause. Depuis trois ans, malade voit son ventre grossir très sensiblement.

Aucun autre signe fonctionnel ou général On perçoit sur ligne médiane tumeur du volume d'un petit ballon d'enfant. Fond utérin n'est pas senti; mais avec le tou-

cher en ciseaux, on sent le corps utérin qui file en arrière de la masse. On pense à possibilité d'un *fibrome intraligamentaire*.

Intervention : Il s'agit d'une très grosse tumeur ovarienne du volume d'une tête d'enfant qui appartient au côté droit et qui a complètement basculé en avant l'utérus.

OBSERVATION XXIII

Tumeur kystique de l'ovaire. Vient pour pertes rouges et ventre devenu gros. Tumeur résistante. Consistance d'un fibrome utérin.

Mme R..., 64 ans. Il y a deux ou trois mois, augmentation de volume du ventre. Sensation de tension. Règles à 16 ans. Ménopause à 50. Légères douleurs abdominales s'irradiant à droite. Mauvais état général.

Toucher vaginal : Volumineuse tumeur. Toucher combiné : On reconnaît la présence de la tumeur atteignant région sous-ombilicale à gauche. Tumeur résistante, sans bosselures, consistance d'un *fibrome utérin, seulement malade n'a jamais eu de pertes abondantes*. On admet tumeur de l'ovaire, peut-être bilatérale. (Professeur Tixier).

L'*intervention* confirme diagnostic. Un peu de liquide ascitique. Dégénérescence locale néoplasique.

OBSERVATION XXIV

Tumeur bilatérale des ovaires. Aspect bien conservé. Constipation. Leucorrhée. Douleurs dans bas-ventre.

Mme S..., 45 ans. Entre, envoyée par Professeur Tixier, pour double tumeur ovàrienne.

A l'entrée, malade à l'aspect bien conservé. Se plaint de douleurs dans bas-ventre s'irradiant dans cuisse. Il y a une semaine : crises douloureuses dans région sous-ombilicale. Crises qui survenaient 3 ou 4 jours après règles. Règles toutes les 3 semaines, durent une semaine, sans abondance anormale. Pertes blanches. *Constipation.*

Examen physique : Utérus mobile. On sent en avant et à gauche une grosse masse *qui ne semble pas solidaire de l'utérus* surtout dans les mouvements de latéralité.

Intervention : Quantité de liquide hématique. Tumeur polykystique qui évolue à gauche. Adhérences à l'épiploon.

Examen histologique : Tumeur Wolfienne très maligne.

OBSERVATION XXV

Tumeur bilatérale des ovaires. Fusée dans le méso-côlon.

Césarine P..., 55 ans. Malade entre pour tumeur abdominale. Réglée à 14 ans. Ménopause à 54 ans. Règles abondantes. Il y a un mois, brusque suspension des règles. Ne s'inquiète pas, pense à la ménopause jusqu'au jour où elle voit ses règles revenir et constate en même temps que son ventre grossit. Tumeur grosse comme un œuf. Perd beaucoup depuis deux mois. Elle voit médecin. Il fait le diagnostic de fibrome. Troubles digestifs, diarrhée. Pas de vomissements ni de troubles urinaires.

Examen à l'entrée (mars 1913) : Petit goitre kystique, yeux un peu brillants. Abdomen distendu, volumineux. Percussion : matité dans les flancs. Ascite.

Toucher vaginal : Masse énorme comblant tout le petit bassin, lobulé, nettement utérine.

Intervention : Tumeurs malignes des ovaires droits et gauches et la fusée vers le côlon explique l'envahissement de cette anse.

OBSERVATION XXVI

Ancien néo de l'estomac opéré il y a deux ans. Noyau mammaire. Epithélioma double des ovaires. Douleurs comparables à celles de la parturition.

Augustine R..., 34 ans. Il y a deux mois la malade éprouva quelques troubles gastriques avec vomissements bilieux. Il y a trois semaines, douleurs vives comparées par la malade aux douleurs de la parturition, qui occupent tout l'abdomen. Règles normales.

A l'entrée : Assez bon état général. Palpation : Tumeur allongée transversalement bosselée.

Toucher vaginal : Révèle masses latérales droite et gauche. (Décembre 1908).

OBSERVATION XXVII

Kyste de l'ovaire à dégénérescence néoplasique. Tumeur volumineuse ressemblant à utérus à terme.

Melina V..., 55 ans. Entrée le 18 mars 1914. Ménopause à 49 ans. A vu peu à peu son ventre augmenter de volume, sans ressentir de douleurs, sans troubles appréciables, ni difficulté de miction, ni constipation.

A l'heure actuelle, tumeur volumineuse comme utérus à terme. Mobile, dépressible en certains points.

Toucher vaginal : Col attiré contre symphyse, remonté. Tumeur mobile remplit Douglas.

Intervention (20 mars) : Laparotomie sous-ombilicale médiane. On tombe sur kyste volumineux à parois épaissies. On le ponctionne. On retire un liquide sirupeux. Lentement, on agrandit l'incision. Ligature du pédicule. Ovaire du côté opposé : sain. Fermeture de la paroi.

La pièce présente à son fond une prolifération de dégénérescence.

OBSERVATION XXVIII

Tumeur végétante des ovaires. Masse du volume d'une tête d'enfant, non mobilisable dans le petit bassin.

Adeline N..., 39 ans, Avril 1914. Malade entre parce qu'elle souffre du ventre surtout depuis trois ou quatre mois. Douleurs coïncident avec augmentation des règles. Malade bien réglée, n'ayant point eu d'incidents dans sa vie génitale, voit ses règles devenir plus abondantes et perd tous les 15 jours.

Jamais de difficulté pour uriner ou aller à la selle.

Toucher vaginal : Col aplati, refoulé en avant entre la symphyse, on sent *dans petit bassin*, fixée à droite, une masse du volume d'une tête d'enfant non mobilisable. Cette masse refoule à gauche l'utérus et l'on sent un sillon entre les deux organes. Cette masse, lorsqu'on essaie de la faire remuer, ne transmet aucun mouvement au col et lorsque, au contraire, on remue l'utérus, le col se mobilise en même temps.

Intervention : Laparotomie. Tout le petit bassin est occupé par une masse énorme néoplasique. Utérus for-

tement refoulé à gauche et soulevé. Ligament large droit est occupé par masse de volume d'une tête d'adulte et qui semble kystique; sur cette masse passe en écharpe la trompe. On commence le clivage de cette tumeur après avoir ponctionné le kyste qui ne se vide qu'incomplètement. La tumeur se prolonge très profondément dans petit bassin, occupant base du ligament large droit et Douglas,

OBSERVATION XXIX

Masse. Tumeur abdominale de la grosseur d'un utérus de 5 mois. Température. Constipation.

Mme Ch..., 62 ans. Souffre beaucoup depuis 3 mois. Règles 14 ans. Ménopause 50 ans. 2 enfants. Mariée 3 fois (deux maris morts).

Il y a 3 mois, en soulevant enfant de terre, la malade sentit une piqure assez vive dans région lombaire qui s'irradie à l'abdomen. Elle continua son travail, se plaignant toujours de son ventre. Elle nota l'augmentation de son volume. Besoins fréquents et d'uriner et d'aller à la selle. Constipation et défécation douloureuse.

Entrée : Bon état général. Palpation : Masse abdominale rénitente douloureuse de la grosseur d'un utérus de 5 mois, dévié à droite. Point douloureux à gauche. Température : 38°.

D'après ces deux signes, Professeur Tixier dit : Tumeur maligne des ovaires.

Toucher vaginal : Tumeur du volume d'une tête de fœtus à droite remontant à l'ombilic. Lobe irrégulier de consistance et de forme irrégulière.

Intervention (14 août 1924) : Greffes multiples sur pé-

ritoine pelvien. Impossibilité de péritonisation. Mickulicz. Il y avait de l'ascite. Mort rapide.

Examen histologique : Tumeur très maligne. Epithélioma atypique.

OBSERVATION XXX

Kyste de l'ovaire dégénéré. Tumeur bombant dans Douglas. Constipation opiniâtre. Pollakiurie.

Anaïs D..., 58 ans. (Avril 1907). La malade affirme s'être toujours bien portée. Toujours fort bien réglée. Mariée. Enfants bien portants. Il y a 15 ans qu'elle n'est plus réglée. La malade précise mal l'abondance de ses règles autrefois.

Brusquement, il y a 5 semaines : Douleurs abdominales. Depuis elle souffre toujours. Pas de pertes, ni rouges, ni blanches.

Elle a beaucoup maigri.

Examen : Toucher vaginal : Enorme tumeur bombant dans Douglas. Utérus remonte à l'ombilic. Dur. Pression profonde et douloureuse.

Toucher rectal : Grosse tumeur qui bombe dans rectum.

Constipation opiniâtre. Pollakiurie.

Laparotomie : Enorme tumeur adhérent de tous côtés; point de départ : ovaire.

Pas de plan de clivage. On crève la poche, on se contente de vider tissu mucoïde dur par endroits, mous à d'autres. Marsupialisation.

OBSERVATION XXXI

Tumeur solide de l'ovaire gauche. Tumeur dure à la palpation de la fosse iliaque gauche et au toucher vaginal, remplissant le pelvis. Diarrhée. Anorexie.

Mme M..., 48 ans. Malade soignée dans service en 1926 pour ascite probablement tuberculeuse, revient le 19 avril 1928 parce que :

1° *Au mois de janvier, elle a présenté une crise de diarrhée;*

2° *Son abdomen s'est mis, fin mars, à augmenter de volume;*

3° *Elle a perdu l'appétit.*

Depuis l'intervention de 26, elle dit s'être bien portée. Actuellement, elle a maigri. Toujours envies fréquentes d'aller à la selle, sans faux-besoins. Pas d'alternatives de constipation.

Examen : Aucune séquelle de pleurésie de 1926. Abdomen augmenté de volume. Dans fosse iliaque gauche et dans région sous-ombilicale à gauche, masse dure, mate, atteignant et même dépassant ligne médiane.

Examen Professeur Tixier (20 avril 1928) : *Toucher vaginal* : On sent une masse très dure, distendant le Douglas, au point que le vagin est très court et que de suite on tombe sur une tumeur lisse, rénitente, refoulant la muqueuse vaginale sans y adhérer et remontant dans le pelvis qui est complètement comblé à gauche. Diagnostic qui semble s'imposer est celui de *tumeur de l'ovaire*.

Intervention confirme diagnostic.

OBSERVATION XXXII

Tumeur de l'ovaire associée à utérus fibromateux. Depuis 4 mois, ventre augmente de volume. Douleurs dans fosse iliaque gauche. Pollakiurie. Pas de pertes. Température.

Mme A..., 56 ans. Entrée le 30 novembre 1908 parce que depuis 4 mois son ventre a augmenté de volume. Elle perd ses urines goutte à goutte.

A l'entrée : Malade un peu amaigrie, présentant de l'œdème des jambes et une température de 38° à 38°5. Pas de pertes.

Palpation : Tumeur de consistance très dure, mobile, remplissant fosses iliaques, remontant jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Toucher montre cette masse mobile avec utérus. En avant, contre la vessie : petits noyaux faisant penser à néo.

Intervention (5 décembre 1908) : 1° Ascite abondante; 2° tumeur ovarienne volumineuse, à kystes séreux multiples; utérus fibromateux.

OBSERVATION XXXIII

Mme Fr., 42 ans. Enorme tumeur de l'ovaire avec pleurésie droite.

OBSERVATION XXXIV

Mme C..., 33 ans. Grandes difficultés pour uriner. Douleurs abdominales. Constipation. Quelques troubles menstruels. Pertes augmentées. Ascite foncée.

OBSERVATION XXXV

Tumeur de l'ovaire. Douleurs abdominales. Gros ventre bombant en avant. Constipation. Flancs libres et sonores.

Mme C..., 53 ans. Vient pour douleurs abdominales, survenues il y a un mois.

Réglée à 12 ans jusqu'à 46 ans. Douleurs très légères depuis quelque temps. Elles ont augmenté depuis un mois. Un peu de pesanteur pelvienne si malade est debout. Constipation.

Examen : Bon état général. Ventre gros, *bombant en avant*. Pas de flot.

Palpation : *Masse médiane remontant jusqu'à l'ombilic*, douloureuse en haut et à gauche. Consistance inégale.

Percussion : Zone de matité remontant jusqu'à l'ombilic et descendant sur les côtés en dedans des épines iliaques antéro-supérieures. Flancs libres et sonores.

Toucher vaginal : Utérus attiré en haut repoussé à gauche. Mouvements communiqués à la tumeur ne se transmettent pas au col.

Diagnostic clinique : Tumeur de l'ovaire développée probablement aux dépens de l'ovaire gauche.

Intervention : Liquide gommeux dans péritoine. Epithélioma mucoïde ayant proliféré.

Formes ascitiques

L'ascite représente un signe majeur des tumeurs de l'ovaire, un de ceux qui manquent le moins dans son tableau clinique. Mais, étant un signe commun à de nombreuses affections, il donne lieu à beaucoup d'erreurs de diagnostic.

1° L'ascite d'origine ovarienne peut être prise pour une *ascite médicale*, brightique, cardiaque, et surtout hépatique. Les antécédents et l'histoire de la maladie peuvent tromper.

En présence d'une femme jeune qui a de l'ascite, il faut penser à l'ascite cirrhotique et aussi à l'ascite symptomatique de tumeur de l'ovaire. Après l'examen médical, on procédera à un examen gynécologique, au besoin après ponction d'ascite pour rechercher par la palpation et le toucher une tumeur susceptible de produire cet épanchement. Le liquide retiré par la ponction, s'il est cancéreux, est citrin ou hémorragique ; il contient des globules rouges, de grosses cellules endothéliales, beaucoup d'albumine.

2° Devant une femme jeune, on songe également à la *péritonite tuberculeuse*, surtout si on constate une température subfébrile. Il faut alors tenir compte des antécédents et de la cytologie du liquide avec inoculation négative au cobaye.

Quant au *syndrome de Fernet-Boulland*, il est très particulier et seules les tumeurs ovariennes avec

métastases pleuro-pulmonaires peuvent le simuler (observation XLVII).

3° A côté des ascites médicales et tuberculeuses, il faut placer les *carcinoses péritonéales*.

Il s'agit d'une femme âgée de 60 à 65 ans, cachectique, avec gros ventre ascitique.

La *palpation* éveille quelques douleurs. On note des alternatives de diarrhée et de constipation.

L'*état général* est très atteint. On perçoit en plongeant les deux mains dans le petit bassin des masses dures, irrégulières, bosselées, flottant dans du liquide (observation LII).

Il y a un cancer de l'abdomen. Le toucher vaginal permet souvent de sentir une grosse masse qui remplit le Douglas.

Il faut faire le diagnostic de tumeur maligne de l'ovaire, à l'origine de cet envahissement néoplasique.

1° *Formes médicales*

OBSERVATION XXXVI

Tumeur papillaire végétante de l'ovaire gauche. Amaigrissement. Gros ventre. Ascite qui se reproduit rapidement après ponction.

Mme P..., 51 ans. Malade soignée dans le service du Professeur Courmont depuis le 13 juin 1923 pour cirrhose atrophique de Laënnec, passe dans le service, le 24 fé-

vrier 1924, parce que à la suite de l'examen gynécologique on a constaté l'existence d'une tumeur ovarienne.

Antécédents personnels : Rougeole dans enfance. Adénite cervicale dans le jeune âge. Régulée depuis l'âge de 17 ans, jamais très régulièrement. Anémie intense à 20 ans avec troubles passagers de la vue.

L'affection actuelle a débuté il y a 11 mois, c'est-à-dire en mars 1922, par des douleurs abdominales (Ob. serv. du Professeur Courmont).

On n'attribue pas de valeur à ces douleurs, ni aux quelques vomissements qui s'étaient produits. La malade toussait et crachait beaucoup.

Depuis six mois, elle aurait considérablement maigri et, d'autre part, son ventre s'était mis à grossir progressivement. Elle entre dans le service du Professeur Courmont le 13 juin 1923.

À l'examen, on note qu'il existe une volumineuse ascite libre avec matité dans les flancs et du flot; foie et rate non perçue. Un toucher fut pratiqué, mais il n'avait pas paru pathologique. Aux poumons, submatité du sommet gauche avec quelques râles; respiration soufflante.

Diagnostic : Cirrhose atrophique et ascite. Examen de crachats : pas de B. K.

2 juillet : Paracentèse : 6 litres. Après ponction : ni foie, ni rate perçus. Traitement de la cirrhose.

2 août : 2^e ponction. On sent après la ponction une masse dure, arrondie, du volume d'une tête fœtale.

Huit ponctions successives en l'espace de sept mois.

Pas de circulation collatérale. Rate non sentie.

Malade passe dans le service du Professeur Tixier.

À la palpation de l'hypogastre, présence d'une tumeur volumineuse, irrégulière, bosselée, de consistance inégale en certains points élastique, en d'autres rénitente.

Toucher vaginal : Il montre que cette tumeur est relativement indépendante de l'utérus : les mouvements

transmis à la tumeur sont transmis au col, mais les mouvements imprimés au col ne le sont pas ou presque à la tumeur.

Au toucher « en ciseaux », on sent à bout de doigt en arrière, contre le sacrum, une tumeur dure qui est, celle-ci, complètement indépendante de l'utérus.

Pour toutes ces raisons, la tumeur de l'ovaire est diagnostiquée.

La malade n'a pas eu de pertes sanguines.

Diagnostic : Ascite symptomatique d'une tumeur de l'ovaire.

OBSERVATION XXXVII

Tumeur bilatérale des ovaires. Anorexie. Amaigrissement. Augmentation de volume du ventre. Ascite considérable. Epanchement pleural.

Constance N..., 38 ans. Il y a deux mois entre pour ascite chez le Professeur Roques (avril 1921). Sujet à tempérament peu robuste, la malade est tenancière de café et considérée comme alcoolique. Eruption cutanée. Depuis deux mois, sensation de lassitude, puis apparition de troubles intestinaux. Alternatives de constipation et de diarrhée. Perte de l'appétit. Dégoût pour les aliments. Nausées. Amaigrissement. Pas de vomissements. Depuis un mois et demi, son ventre augmente de volume.

A l'entrée : Malade dyspnéique, à la face un peu colorée. En la découvrant, on est frappé par le volume de l'abdomen distendu. Ventre de batracien avec circulation collatérale peu développée.

Matité dans les flancs. Sensation de flot. Epanchement pleural. Ponction d'ascite : 6 litres.

Après ponction, la malade a pu s'occuper un peu chez elle, faisant son ménage. Mais 8 jours après, apparition progressive d'une sensation de gêne avec pesanteur abdominale et augmentation rapide du volume de l'abdomen.

En même temps, diminution de l'appétit s'accompagnant de nausées. Un peu d'œdème le soir. Oligurie.

Actuellement, malade accuse gêne respiratoire considérable. Abdomen distendu. Omphalion déplié. Flot.

Ponction d'ascite : 9 litres.

Diagnostic clinique après toucher (Professeur Tixier) : Tumeur bilatérale des ovaires. Epithélioma mucoïde avec bourgeons néoplasiques extrakystiques.

Radium. Résultat remarquable.

OBSERVATION XXXVIII

Mme P..., 50 ans. On l'a soignée pour ascite. Le Professeur Tixier affirme tumeur de l'ovaire. Grosse tumeur végétante. Moyen Douglas, inextirpable.

Mme M..., 49 ans. Soignée pour ascite. Tumeur maligne de l'ovaire. Généralisation.

OBSERVATION XXXIX

Mme P..., 32 ans. Tumeur maligne des deux ovaires : ascite et généralisation rapide. Mort en 6 mois.

OBSERVATION XL

Mme X... (1925). Enorme tumeur de l'ovaire soignée longtemps pour ascite par Docteur Bouchut.

OBSERVATION XLI

Mlle D..., 42 ans. Enorme ascite. Double tumeur. Opérée, il y a 10 ans, d'un cancer du sein.

OBSERVATION XLII

Mlle Bl... Tumeur bilatérale des ovaires avec ascite énorme. Adhérences.

OBSERVATION LXIII

Mme B..., 56 ans. Tumeur double des ovaires. Ascite manifeste. Vient pour augmentation de volume du ventre.

OBSERVATION XLIV

Vient du Service du Professeur Savy. Ascite et augmentation considérable du volume du ventre. Reproduction rapide de l'ascite.

Mme B..., 36 ans. Entre pour ascite le 11 avril 1929. Depuis le mois de février la malade vit son ventre augmenter de volume rapidement, en même temps apparut arrêt des règles, qui dure encore. Elle accuse par ailleurs quelques troubles digestifs, vomissements bilieux à jeun, anorexie pour viandes, pas de constipation, ni de diar-

rhée. Pas d'éthylisme. Vient du service du Professeur Savy.

A l'entrée : Femme amaigrie, légèrement cachectique. L'abdomen énorme. Contraste avec thorax décharné.

Toucher vaginal : Pas de tumeur perceptible.

Passe chez le Professeur Savy. Deux ponctions d'ascite.

Le 14 juin, malade revient. On a eu l'impression qu'il s'agissait d'une ascite claire sûrement pas cirrothique, *à reproduction très rapide* et probablement due à la présence d'une tumeur de l'ovaire.

Intervention (17 juin) : D^r Bertrand. Enorme tumeur ovarienne kystique qui adhère au péritoine abdominal antérieur par suite de l'inflammation provoquée par ponctions antérieures.

OBSERVATION XLV

Ascite symptomatique de tumeur bilatérale des ovaires. Troubles digestifs.

Mme G..., 43 ans. Envoyée pour ascite. Règles à 13 ans. Il y a trois semaines (avril 1927) que la malade aurait dû avoir ses dernières règles. Aucun écoulement depuis. Depuis 8 ans, elle digère moins bien. Depuis 1 an ou 18 mois, ces troubles sont devenus manifestes. Digestions pénibles. Amaigrissement, tiraillements épigastriques aux efforts. Symptômes accusés surtout en hiver.

Il y a deux mois, le ventre a commencé à grossir sans accentuation des troubles digestifs, sans aggravation de l'état général, à part l'amaigrissement. Malade nie l'éthylisme. Léger tremblement des doigts, en rapport avec nervosisme. Température normale.

A l'inspection : Saillie assez nette, sans étalement des

flancs. Percussion : Epigastre sonore entouré d'un vaste croissant mat. Flot transabdominal.

Toucher vaginal : En ciseaux : col plaqué contre symphyse paraissant oblique en bas et à gauche. Enorme masse pelvienne, irrégulière, dure, immobile et s'étendant latéralement aux parois du bassin. Le diagnostic peut être celui d'un fibrome postérieur, mais il a contre lui l'absence de troubles vésicaux et la présence d'ascite doit plutôt faire penser à une tumeur ovarienne dont elle a d'ailleurs l'irrégularité.

Intervention Prof. Tixier, De Rougemont : Tumeur bilatérale des ovaires. Ascite gélatiniforme.

OBSERVATION XLVI

Masses volumineuses dans l'étage sus-ombilical et dans Douglas. Ascite. Dyspnée. Facies cyanosé. Œdème des malléoles.

Marie M..., 54 ans. Règles à 13 ans, régulières, mais très douloureuses. Ménopause à 50 ans. Début, il y a deux mois. Augmentation de volume du ventre. Douleurs. Dyspnée. Depuis quelque temps : essoufflement. Œdème des malléoles.

Examen : Ventre énorme, distendu. Facies cyanosé. Dyspnée. Œdème des membres inférieurs. Peau tendue. Circulation veineuse complémentaire. Matité uniforme. Flot transabdominal.

Toucher vaginal (Tixier) : On sent dans le Douglas :

1° Masse excessivement vague donnant des doutes sur tumeur ovarienne, impossible à préciser en raison de l'ascite.

2° Flot dans Douglas.

9 mai 1927 : *Ponction* au point de Mac Burney : 9 litres de liquide.

Palpation : On perçoit dans l'étage sus-ombilical, une masse volumineuse, dure, mobile. Il s'agit peut-être d'un néo de l'estomac ou du côlon transverse.

Au toucher dans le Douglas, on perçoit une petite masse qui peut être interprétée comme une greffe péritonéale d'une tumeur ovarienne.

Examen du liquide ascitique : Beaucoup de globules rouges. Nombreux lymphocytes. Quelques placards épithéliaux de desquamation.

10 juin 1927 : Malade revient avec ascite énorme. Légère anorexie. Température subfébrile.

Intervention (10 juin 1927) : Professeur Tixier, de Rougemont.

1° Liquide clair et citrin.

2° Quantité de taches de bougie sur tout l'intestin.

3° Grosse masse ganglionnaire dans le mésentère.

4° Masse dure lisse, semblant englober le côlon transverse.

5° Deux tumeurs ovariennes kystiques inextirpables qui sont, vraisemblablement, le point de départ de cette généralisation péritonéale.

OBSERVATION XLVII

Tumeur papillaire double des ovaires. Enorme ascite. Au début, douleurs dans l'hypocondre droit. Appendice englobé. (Malade présentée à la Société de Chirurgie, séance du 14 décembre 1927).

Mme X..., 53 ans. Entre en mai 1927 avec signe d'ascite abondante. On avait cru apercevoir chez elle

une tumeur dans l'hypocondre droit dont elle déclarait souffrir. Une intervention exploratrice effectuée à ce niveau, en juin 1927, par le Docteur Pollosson, sur diagnostic d'affection hépatique probable, n'avait permis de découvrir qu'un nodule blanchâtre sur péritoine pariétal.

L'examen de ce nodule (Pollosson et G.-F. Martin) ne permettait pas de conclure au sujet de sa nature histologique. On hésitait entre une affection spécifique ou néoplasique.

Le Professeur Tixier, à la suite de ces faits et à la suite d'un toucher qui lui fit percevoir une masse dans Douglas, décida de réintervenir plus tard par la laparotomie sous-ombilicale, pour vérifier cette fois état du petit bassin. En décembre 1927, la malade, remontée par traitement général, entre à nouveau dans le service toujours porteuse de son énorme ascite.

Intervention (15 décembre 1927) : Professeur Tixier. Flots de liquide clair s'écoulent. Tumeur papillaire double des ovaires dont quelques fragments à aspect d'hydatide flottaient dans liquide ascitique. Appendice englobé.

2° *Ascite pseudo-tuberculeuse*

OBSERVATION XLVIII

Néoplasme des ovaires. Amaigrissement. Température. Ascite volumineuse. Pleurésie hémorragique.

Mme P..., 44 ans. Entre pour accroissement de volume de l'abdomen et constipation. Ethylisme nié. A 43 ans, éruption vésiculeuse. Depuis le mois de septembre, lé-

gère augmentation de volume qui est allée en augmentant. Constipation opiniâtre (4 jours), plus accusée ces derniers mois. Grippe qui l'affaiblit. Quelques troubles digestifs. Conserve l'appétit. Gêne dans position debout. Amaigrissement. *Température* 37°8. Ascite volumineuse, libre. Flot. Flancs étalés. Vergetures.

Toucher vaginal : Culs-de-sac dépliés. A droite, on tombe sur une zone indurée. Toucher en « ciseaux » : dénote masse dure qui est douloureuse à la pression.

Ponction évacuatrice : Liquide citrin. On n'a pas vu de cellules néoplasiques. Ponction pleurale (matité dans toute l'étendue du poumon gauche). *Liquide hémorragique*. Deuxième ponction d'ascite, 20 jours plus tard : Albumine très abondante. Nombreux globules rouges. Cellules endothéliales.

OBSERVATION XLIX

Epithélioma des ovaires. Ascite chez femme jeune, amaigrie et anorexique. Ventre un peu étalé.

Julie D..., 31 ans. Antécédents : Règles à 13 ans. Rougeole à 7 ans. Il y a 7 ans : Pertes rouges. Règles de 7 à 8 jours. Peu de douleurs. Quand pertes rouges cessaient, douleurs dans bas-ventre. Curetage : plus de pertes. Quelques urines troubles. Depuis quelque temps, ventre grossit progressivement. Depuis 1 mois 1/2 : perte de l'appétit. Amaigrissement.

A l'entrée (8 janvier 1907) : Malade blanche, figure amaigrie. Pas d'œdème, ventre gros, un peu étalé sur les flancs. Palpation : ventre souple, peu douloureux, pas de flot.

Percussion : Ascite. Pas de cloisonnement. Pas de circulation collatérale.

Toucher vaginal : Col un peu rétrofléchi. Utérus dérivé à droite. Dans cul-de-sac latéral gauche : masse bosselée l'occupant en entier. Masse un peu douloureuse, en haut elle s'étend jusqu'à mi-chemin de l'ombilic. Règles régulières.

Intervention : Liquide d'ascite. Quelques *granulations péritonéales que l'on croit tuberculeuses*. On se met à la recherche des ovaires : on les voit présenter des formations néoplasiques.

Dans la suite : Ascite se reproduit abondamment. Ponctions fréquentes. En 1912 : bon état général.

3° *Carcinomes péritonéales*

OBSERVATION L

Tumeur maligne bilatérale des ovaires. Carcinose péritonéale généralisée.

Mme C..., 60 ans. Entre le 26 juillet 1921. Au début de l'année, vives souffrances dans bas-ventre. Perte des forces. Amaigrissement. Abdomen a augmenté considérablement de volume. Souffrances de plus en plus vives. Dyspnée. Constipation. Mictions fréquentes. Faux besoins.

A l'entrée : Volumineuse tumeur abdominale, remplissant presque toute la cavité, s'étendant en haut jusqu'à deux travers de doigt de l'appendice xiphoïde, débordant de chaque côté. Aspect étalé. *Ventre en bateau*. Tumeur lisse arrondie, sans bosselure, de consistance assez dure, facile à palper, pas douloureuse. A droite, assez vives douleurs spontanées. *Ascite paraît abondante*.

Toucher vaginal : Tumeur semble indépendante de l'utérus, mais enclavée dans l'utérus.

Intervention : Infiltration néoplasique. Ascite. Carcinose péritonéale avec semis de granulations néoplasiques sur intestin grêle, sur l'épiploon. Tumeur inextirpable. Adhérences à l'intestin grêle.

OBSERVATION LI

Tumeur de l'ovaire gauche. Ventre énorme et tendu par l'ascite. Etat général très atteint.

Mme N..., 65 ans. Malade envoyée par le Docteur Meyer (le 16 octobre 1928) qu'elle avait consulté parce que son ventre grossissait beaucoup.

Ménopause à 53 ans. Il y a 7 mois, pertes qui durent 4 jours : Sang normal. Depuis 4 mois, la malade se met à avoir de la diarrhée pendant 3 ou 4 jours à laquelle succède une constipation opiniâtre. Depuis petites lancées douloureuses dans le bas-ventre. Le ventre a augmenté très sensiblement de volume. Etat général atteint.

Examen : Ventre énorme et tendu, ne permet pas de percevoir la tumeur ni par la palpation, ni par le toucher vaginal. On fait quand même, à cause de la progression de l'ascite, le diagnostic de tumeur de l'ovaire.

Ponction d'ascite. Puis intervention.

OBSERVATION LII

Tumeur maligne de l'ovaire avec péritonite ascitique, néoplasique. Cachexie.

Mme P..., 61 ans. Malade se plaint de douleurs abdominales, ayant débuté il y a 5 ou 6 mois. Ventre ballonné depuis 6 semaines.

On perçoit en plongeant les deux mains dans le petit bassin des masses dures irrégulières bosselées flottant dans du liquide.

Toucher vaginal : Tout le pelvis est occupé par grosse masse, mollassse, irrégulière, non fixée, ballottant aisément et que l'impulsion fait aller dans le grand ventre. Diagnostic clinique : Tumeur maligne de l'ovaire avec péritonite néoplasique ascitique. Malgré l'amaigrissement de la malade, son état cachectique, on est décidé à intervenir de suite.

Intervention : Epithélioma mucoïde malin de l'ovaire.

Formes digestives

Comme les tumeurs de la prostate chez l'homme, les tumeurs de l'ovaire s'accompagnent très souvent de troubles digestifs légers (inappétence, anorexie, mauvaises digestions). Ces phénomènes digestifs peuvent être au premier plan de la scène clinique soit sous forme d'*accidents aigus* d'occlusion intestinale, décrits dans un chapitre des formes aiguës, soit sous forme des *troubles digestifs chroniques*.

Nous diviserons ces formes en :

a) gastriques ;

b) intestinales.

a) *Formes gastriques*

Les troubles digestifs représentent tantôt un simple retentissement fonctionnel de la tumeur sur l'appareil digestif, tantôt des signes de cancer gastrique préexistant (syndrome de Krukenberg).

Les malades racontent que leurs premiers accidents sont d'ordre digestif. Les digestions provoquent des douleurs lancinantes (observation LIII). On note de l'anorexie, de l'inappétence, des pesanteurs gastriques ; parallèlement à ces troubles, un amaigrissement important (observation LIV).

Un médecin consulté pense à une affection gastrique. Un examen gynécologique minutieux fait découvrir la tumeur, masse irrégulière qui semble assez indépendante de l'utérus (LVI).

b) *Formes intestinales chroniques*

Elles simulent la tumeur du côlon. La douleur n'est parfois qu'une sensation de gêne, de pesanteur ; d'autres fois elle est très violente. Elle s'accompagne de constipation opiniâtre avec ballonnement du ventre. On note des selles avec matières ovillées.

La tumeur du côlon peut exister réellement. Elle réalise le « faux Krukenberg » ou tumeur intestinale secondaire au néo de l'ovaire, mais celui-ci peut produire lui seul un tel syndrome. C'est toujours l'examen gynécologique qui peut trancher le diagnostic.

1^o *Formes gastriques*

OBSERVATION LIII

Tumeur bilatérale des ovaires. Envoyée par Docteur Pollosson pour douleurs abdominales et troubles digestifs.

Mme B..., 43 ans. Actuellement, la malade raconte que ses *premiers troubles furent d'ordre digestif*. Ils remontent à deux mois environ. A cette époque, la malade, qui avait toujours eu des troubles digestifs vagues, se met à souffrir à l'occasion de chaque digestion : douleurs lancinantes, la nuit surtout, au creux épigastrique et s'irradiant à droite.

Parallèlement à ces troubles digestifs, la malade constata, dès cette époque, un amaigrissement rapide et progressif. Depuis quelques jours, la malade ressentait de très vives douleurs : véritables crises aiguës très bas situées dans fosse iliaque droite, s'irradiant à tout l'abdomen. Pollakiurie diurne. Métrorragies très peu abondantes, mais avec des caillots.

A l'entrée : Amaigrissement. Perte des forces. Anorexie. Douleurs très vives dans culs-de-sac latéraux. Dans culs-de-sac droit et gauche : masse arrondie et pâteuse.

Intervention Prof. Tixier, Clavel : Tumeur solide, jaune clair remontant jusqu'à l'ombilic à gauche. Du côté de l'ovaire droit: petite tumeur irrégulière. Grosseur d'une noix de même aspect que tumeur gauche (février 1922).

OBSERVATION LIV

Malade vient pour troubles digestifs. Anorexie.

Mme G..., 40 ans. Affection actuelle : *Troubles digestifs*. Anorexie. Inappétence. Quelques pesanteurs gastriques. Digestions pénibles. Oppression.

Intervention : Docteur Pollosson (4 juin). Du côté droit : tumeur végétante. Ascite.

10 août : Revient se montrer. Troubles digestifs et signes de rétention gastrique. On pense à la possibilité d'un Krukenberg.

OBSERVATION LVI

Douleurs dans bas-ventre et troubles digestifs. Amaigrissement. Teint jaune.

Mme G..., 41 ans. Vient de chez le Professeur Pic, où elle était depuis 15 jours, pour douleurs dans le bas-ventre et *troubles digestifs*. En décembre, bronchite et rhumatisme articulaire aigu. Dans la suite, sensations de contractures irradiées à tout l'abdomen. Depuis 7 ou 8 ans, pertes blanches.

Début de la maladie est marqué par des troubles digestifs. Inappétence surtout pour viandes. Digestion difficile. Amaigrissement. Vomissements rares. Teint jaune depuis 1 mois 1/2.

Examen : Ventre augmenté de volume.

Toucher vaginal : Dans culs-de-sac latéraux, masses irrégulières plus ou moins mamelonnées qui semblent assez indépendantes d'avec l'utérus.

OBSERVATION LVII

Tumeur végétante de l'ovaire droit.

Mme G..., 40 ans. Entre pour troubles digestifs. Anorexie. Inappétence. Signes gastriques.

2^o *Formes intestinales*

OBSERVATION LVIII

Douleurs vives de l'abdomen. Ballonnement. Constipation opiniâtre. Vomissements. Anorexie.

Claudine P..., 59 ans. Entrée le 27 avril 1906. Mariée depuis 18 ans. Ménopause à 40 ans, elle n'a jamais été malade.

Le début de son affection remonte à 6 mois. *Douleurs très vives* dans l'abdomen, continues. Ballonnement du ventre. Vomissements, deux fois par jour, glaireux. *Constipation opiniâtre*. La malade a perdu l'appétit.

Palpation de l'abdomen est douloureuse.

Pas de pertes depuis la ménopause.

Toucher vaginal : Négatif.

Intervention (2 mai 1906) : Masse végétante d'aspect encéphaloïde, lobulée, kystique, occupant tout le pelvis.

OBSERVATION LIX

Phénomènes de sub-occlusion. Vient pour constipation opiniâtre et quelques douleurs abdominales.

Mme Cha..., 70 ans. Vient pour constipation opiniâtre et quelques douleurs abdominales datant de 1 mois. Règles à 14 ans, régulières. Ménopause : 50 ans. Depuis, aucune perte, aucune hémorragie. Depuis un mois, *douleurs apparaissent dans le bas-ventre* et dans la cuisse droite. Le ventre se météorise de plus en plus. La *constipation est intense* depuis 8 ou 9 jours. Les forces et l'appétit ont diminué. Douleurs, surtout localisées à l'anus.

Examen : Abdomen fortement ballonné. La palpation montre une tension toute particulière. La palpation profonde en faisant respirer fortement la malade permet de percevoir dans la fosse iliaque droite une tumeur résistante sur laquelle le doigt glisse pendant les mouvements de respiration.

Toucher vaginal : On est immédiatement arrêté par une volumineuse tuméfaction de consistance rénitente avec points pseudo-fluctuants.

OBSERVATION LX

Mme Gio..., 63 ans. Tumeur de l'ovaire avec généralisation de l'S iliaque.

Vient pour troubles de la défécation.

OBSERVATION LXI

Tumeur bilatérale des ovaires. Troubles gastro-intestinaux. Constipation opiniâtre.

Mme Ren..., 64 ans. Vient du service du Prof. Cade. Réglée de 12 à 52 ans. Mariée, elle a une fille. Depuis

l'âge de 52 ans, quelques pertes blanches. Depuis 18 mois, souffre dans la région abdominale gauche.

Elle se plaint de *troubles gastro-intestinaux* qui l'inquiètent : anorexie, vomissements, constipation opiniâtre.

Toucher vaginal : Le dôme vaginal aboutit partout à plafond dur. En arrière : masse bourgeonnante bombe dans cul-de-sac postérieur. Fond utérin semble situé en avant un peu à droite. En le palpant, on perçoit à côté de lui sensation de flot.

Diagnostic : Tumeur bilatérale des ovaires avec très probablement localisation gastrique ou intestinale.

Intervention : Ascite. Tumeur bilatérale des ovaires.

OBSERVATION LXII

Tumeur de l'ovaire avec généralisation. Digestions pénibles. Constipation opiniâtre. Amaigrissement.

Mme Gau..., 61 ans. Rentrée chez le Prof. Savy le 3 novembre 1921 passe à Sainte-Anne le 9. En 1919, la malade a eu une pleurésie gauche. Dès juillet 1921 : *Digestions pénibles*. Douleurs sourdes. *Constipation opiniâtre*, accompagnée de besoins fréquents d'aller à la selle. *Coliques abdominales*. Matières ovillées en boule. Miction devenue difficile. Malade restreint son alimentation à cause des douleurs. Amaigrissement considérable.

Examen à l'entrée : Malade très maigre et très pâle. Abdomen volumineux. Circulation collatérale. Palpation : Dans la fosse iliaque droite : masse dure, du volume d'une mandarine ballottant dans liquide en grande quantité.

Toucher vaginal : Dans le Douglas, on perçoit masse irrégulière, douloureuse à la pression.

Formes utérines

Dans ces formes d'association, nous distinguons :

1° Les *formes associées* à des fibromes utérins préexistants ;

2° Les *formes associées* à des cancers du corps de l'utérus.

1° *Formes associées à des fibromes utérins préexistants*

Elles sont les plus fréquentes et ont fait l'objet d'une étude de MM. Tixier et Pollosson (Fibromes utérins et tumeurs ovariennes. *Gynécologie et Obstétrique*, 1925).

D'après eux, le tableau clinique se déroule schématiquement ainsi : « Il s'agit d'une malade âgée chez
« laquelle le diagnostic de fibrome est porté d'une
« façon certaine depuis des années. La ménopause
« est tardive. On note de longues périodes de latence et de santé parfaite. Parfois des accidents
« variés interrompent la quiétude. La malade consulte pour douleurs ou troubles intestinaux. On invoque le fibrome déjà diagnostiqué. Brusquement,
« des douleurs plus vives apparaissent. L'état général s'altère. La malade maigrit. L'abdomen augmente de volume. Les douleurs persistent. La température s'élève. On réitère les examens gynécolo-

« giques. Le fibrome n'est pas volumineux, il n'a
« pas changé de consistance. Il n'y a pas de pertes,
« ni simples, ni continues, ni odorantes. On ne peut
« donc supposer une dégénérescence maligne du
« fibrome ou un cancer du corps. Le ventre se mé-
« téorise. L'ascite plus ou moins abondante gêne
« l'exploration : parfois on arrive à distinguer une
« nouvelle tumeur juxtaposée au fibrome ancien : on
« intervient. Bien souvent la laparotomie ne peut
« plus être qu'exploratrice. Tumeur ovarienne plus
« ou moins volumineuse et végétante avec greffes
« péritonéales qui est juxtaposée au fibrome et l'as-
« cite est rouge et abondante. Démonstration de la
« règle clinique qui veut que lorsqu'un fibrome dé-
« termine des accidents après la ménopause, il ne
« s'agit plus d'un fibrome simple : il y a autre chose,
« dit J.-L. Faure.

« Lorsqu'on a éliminé les dégénérescences mali-
« gnes portant sur le fibrome lui-même, il faut tou-
« jours penser à la possibilité de l'évolution sour-
« noise d'un cancer de l'ovaire.

« L'âge de la ménopause et surtout les années qui
« suivent sont des années critiques pour les fibromes
« utérins. »

2° Formes associées à un cancer du corps utérin

Bien plus rarement les tumeurs de l'ovaire coexis-
tent avec cancer du corps.

On constate des hémorragies, à type continu, sur-

tout caractéristiques quand elles surviennent après la ménopause, des pertes souvent fétides. A cause de la température, on peut songer à la pyométrite.

Dans cette association : tumeur de l'ovaire, plus cancer du corps, la tumeur de l'ovaire peut être primitive et gagner secondairement l'utérus ou secondaire à un cancer du corps préalablement apparu.

a) **Formes associées à fibrome utérin**

OBSERVATION LXIII

in Article TIXIER et POLLOSSON

Tumeur de l'ovaire associée à fibrome utérin. Pertes blanches et rouges, après la ménopause. Sensation de pesanteur accrue par la fatigue.

Marie M..., 61 ans. Entre le 13 février 1907 pour *pertes et douleurs*. Réglée de 14 à 54 ans régulièrement. Elle a toujours eu quelques pertes blanches. Après la ménopause, persistance des pertes blanches. Pas de maladies antérieures. Ces derniers temps, les pertes blanches se sont accompagnées de quelques rouges, le tout assez fétide. Douleurs sont apparues sous forme de pesanteur surtout, accrue par la fatigue.

Bonne digestion. Conservation de l'appétit. Pas d'amaigrissement. La malade rentre à l'Hôtel-Dieu moins parce qu'elle souffre et qu'elle perd que parce qu'elle se fatigue au moindre effort. Pollakiurie. Très léger disque d'albumine.

Palpation : Masse rénitente médiocrement douloureuse dans f. i d.

Dans le toucher combiné au palper, cette tumeur communique à la main vaginale explorant le Douglas les mouvements que lui donne la main abdominale. On sent le fond utérin indépendant de la tumeur.

Diagnostic clinique : Le caractère de rénitence de la tumeur, le fait que l'on sent les mouvements transmis dans le Douglas : poche kystique et utérus fibromateux.

A l'intervention (22 février 1907) on trouve de l'ascite, un fibrome utérin, un épithélioma végétant de l'ovaire.

OBSERVATION LXIV in Article TIXIER et POLLOSSON

Ancien fibrome utérin. Phénomènes abdominaux graves coexistant avec apparition tardive, 10 ans après ménopause, d'une grosse tumeur abdominale. Intervention : tumeur maligne de l'ovaire avec généralisation péritonéale.

Mme G..., 63 ans, a souffert pendant 12 années de 40 à 52 ans de *troubles abdominaux en relation avec évolution d'un fibrome utérin bénin*. Ménopause à 53 ans. Longue latence de tous les phénomènes abdominaux jusqu'à l'âge de 63 ans. A ce moment brusquement apparaît *météorisme abdominal* considérable. Malade pendant plusieurs mois accuse retour offensif de son fibrome, mais comme son ventre devient énorme et qu'elle présente des signes de sub-obstruction elle se décide à consulter le Prof. Tixier. Celui-ci constate l'existence d'une ascite très abondante empêchant la palpation profonde et conclut à évolution maligne de lésions génitales anciennes.

Situation empirant. A. Pollosson est appelé en consultation. Malgré ascite symptomatique d'une tumeur maligne de l'ovaire en évolution il intervient avec Prof. Tixier (mars 1908).

OBSERVATION LXV

Fibrome ancien. Tumeur de l'ovaire. Entre pour tumeur abdominale.

Mme P..., 67 ans. Entre à l'hôpital pour *tumeur abdominale*. Depuis un an, pollakiurie l'obligeant à se lever 5 ou 6 fois par nuit. Urines restent claires. Il y a un mois et demi, crise de rétention aiguë d'urine cédant au traitement symptomatique. Pas de pertes anormales. Léger amaigrissement. Gros disque d'albumine.

A l'examen : on sent dans région sous-ombilicale, *masse dure mobile donnant l'impression d'une tête fœtale*. Celle-ci remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic et se déplace très facilement : elle est mate, non douloureuse.

Toucher vaginal (Prof. Tixier) : Rien au col. Grosse tumeur de consistance fibromateuse très mobile, appendue à face antérieure de l'utérus et dans cul-de-sac postéro-latéral, une autre tumeur fixée dans pelvis (volume d'une grosse orange) indépendante de l'utérus, semblant être une tumeur solide de l'ovaire.

OBSERVATION LXVI

in Article TIXIER et POLLOSSON

Fibrome utérin. Tumeur de l'ovaire.

Mme M..., 50 ans. Entre avec diagnostic de gros fibrome douloureux. Présente depuis trois ans des *métrorragies abondantes*. Depuis un mois, elle souffre du côté droit de l'abdomen. Douleurs continues localisées à la fosse iliaque droite.

A l'entrée : Paraît avoir bon état général. Petit goitre. Légère exophtalmie.

Température : 38°. Palpation de l'abdomen : Tumeur remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Toucher vaginal : Col normal. Utérus gros, fibromateux, plaqué contre symphyse, surtout développé à droite.

Diagnostic clinique : Fibrome à évolution rapide à 50 ans et déterminant des pertes continues et des douleurs.

OBSERVATION LXVII

in Article TIXIER et POLLOSSON

Fibrome utérin ancien. Ménopause normale et amélioration. A 64 ans, développement rapide d'une tumeur maligne de l'ovaire avec généralisation péritonéale.

Mme K..., 64 ans. Mère de 3 enfants. A l'âge de 35 ans, en 1903, *elle consulte pour fibrome*. En 1912, le Prof. Tixier est appelé auprès de cette malade pour des accidents abdominaux avec réaction fébrile.

Examen : Gros fibrome, remontant à l'ombilic de chaque côté masses douloureuses indiquant réaction inflammatoire salpingo-ovarienne. Signes s'amendent par traitement. Plusieurs poussées bénignes de pelvi-péritonite s'échelonnent durant les années qui précèdent la méno-

pause. Elle s'établit en 1916, jusqu'en 1922 tout paraît rentrer dans l'ordre.

Brusquement, en avril 1922, douleurs apparaissent au niveau de la sphère génitale, mais le repos les calme un peu et *la malade accuse un retour offensif de son ancien fibrome.*

En décembre 1922, devant des phénomènes de compression du côté de la vessie et de l'intestin elle demande à nouveau l'avis du Prof. Tixier. Celui-ci se trouve en présence d'une femme d'aspect anémié à ventre énorme et distendu par l'ascite. En plus du gros fibrome déjà diagnostiqué, on perçoit une masse volumineuse et douloureuse qui surmonte tumeur.

Température entre 38°5 et 39°. On fait le diagnostic de cancer de l'ovaire surajouté à un fibrome ancien. On conseille intervention immédiate.

OBSERVATION LXVIII

Vient pour fibrome utérin diagnostiqué depuis 5 ans. Pesanteur périnéale et lombaire. Ménorragies.

Anne D..., 46 ans. Réglée à 12 ans régulièrement. Encore réglée. Il y a 5 ans, sensation de pesanteur au niveau du périnée et des lombes. Simple sensation de poids et de gêne, jamais de douleurs proprement dites. On fait le diagnostic de fibrome.

A l'entrée : Excellent état général; mais toujours pesanteur au périnée et dans les lombes. Depuis 6 mois la malade a remarqué que ses règles étaient un peu plus abondantes, constituées par du sang rouge.

A l'examen : Légère augmentation de volume du ventre.

Percussion : Matité remontant à 5 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Sonorité dans les flancs.

Palpation : Tumeur résistante se laissant facilement délimiter dans sa portion supérieure, un peu bosselée.

Considération clinique : C'est un cas où l'existence d'hémorragies utérines, l'histoire clinique de fibrome a fait naturellement rattacher la grosse tumeur à un fibrome, alors qu'il s'agissait d'une tumeur de l'ovaire chez une femme ayant un fibrome minuscule.

OBSERVATION LXIX

Fibrome sous-muqueux de l'utérus. Kyste ovarien avec dégénérescence maligne. Constipation. Douleurs dans bas-ventre.

Clémentine C..., 54 ans. Ménopause à 50 ans. Depuis, pertes blanches, un peu jaunâtres, une fois seulement pertes rouges peu abondantes. Douleurs dans bas-ventre irradiées sur les côtés. Alternatives de diarrhée et de constipation. Albumine.

Température : 38°.

Toucher vaginal : Col long, mou, aplati contre symphyse. Masse remplit cul-de-sac de Douglas, fait tomber cul-de-sac postérieur.

Diagnostic : *Fibrome du col ou sus-jacent au col.*

Toucher rectal : Masse molle bourgeonnante, plus ou moins fixée au fond du Douglas avec çà et là des points dépressibles fluctuants, comparables à des kystes. Malade a un peu maigri et n'a pas l'état général relativement satisfaisant d'une fibromateuse.

OBSERVATION LXX

Mme N..., 57 ans. Ancien fibrome connu et soigné.
Dans la suite, tumeur de l'ovaire.

OBSERVATION LXXI

Fibromatose diffuse de Richelot, ayant donné lieu à des métrorragies abondantes. Tumeur maligne des ovaires.

Mme Cha..., 48 ans. Réglée à 12 ans. 6 enfants. Il y a 15 jours pour *métrorragies abondantes*, accompagnées de douleurs abdominales du type « contractions utérines expulsives » : la malade croyait qu'elle allait accoucher.

Depuis quelque temps, elle accuse une constipation opiniâtre. Pas de troubles urinaires.

Examen du Prof. Tixier : Utérus fibromateux avec grosse corne gauche. Depuis 15 jours, exagération des règles qui ne sont pas arrêtées. On fait la remarque que ces pertes pourraient être d'origine ovarienne.

b) *Formes associées à cancer du corps de l'utérus*

OBSERVATION LXXII

Tumeur de l'ovaire plus cancer du corps utérin
chez diabétique.

Mme F..., 64 ans. Malade a des pertes rouges depuis 6 mois.

Au toucher vaginal : on fait le diagnostic de néo du corps.

A l'intervention : on trouve kyste de l'ovaire dégénéré et néo du corps.

Formes urinaires

Dans la symptomatologie des tumeurs de l'ovaire, on note :

1° De *petits signes vésicaux*, tels que : pollakiurie, dysurie, oligurie, mictions difficiles.

2° Des *réentions d'urine*, dont nous publions deux observations typiques. Il s'agit de malades qui entrent pour une crise de rétention aiguë nécessitant le cathétérisme pendant plusieurs jours. Cette rétention est précédée ou suivie d'autres troubles urinaires : douleurs vésicales, pollakiurie. Le toucher révèle une grosse masse dure et bosselée. On fait le diagnostic de tumeur de l'ovaire.

3° Enfin une *crise d'anurie* peut être symptomatique de tumeur de l'ovaire (1).

(1) Thèse de Roux, inspirée par Patel, Lyon, 1911 : L'anurie symptomatique de tumeur de l'ovaire,

OBSERVATION LXXIII

Epithélioma mucoïde de l'ovaire droit chez une femme porteuse d'un gros goitre. Crises de rétention urinaire. Pas de constipation. Douleurs irradiées. Pesanteur du bas-ventre.

P..., 61 ans. Entre en mai 1922. Réglée à 16 ans; à 52 ans présente quelques pertes blanches qui ont disparu depuis la ménopause.

Il y a trois mois, la malade subit une crise de rétention d'urine nécessitant le cathétérisme pendant 15 jours. Depuis un mois et demi pas de crises mais pollakiurie.

A l'entrée : troubles urinaires. Pesanteur du bas-ventre; pas de constipation.

On diagnostique : Tumeurs de l'ovaire au-dessus d'un utérus un peu gros.

Ablation des ovaires : Ovaire gauche sénile. Pas de généralisation.

Examen de la pièce : épithélioma mucoïde multiloculaire.

OBSERVATION LXXIV

Fibrome opéré il y a 27 ans. Malade revenue dans le service pour troubles urinaires consécutifs à l'existence dans le bassin d'une tumeur grosse comme une tête de fœtus : tumeur végétante.

P..., 67 ans. Malade revenue dans le service du Prof. Tixier pour *troubles urinaires*. Pendant 27 ans parfaite

santé. En décembre 1927 apparition de phénomènes urinaires : mictions difficiles, douloureuses, puis fréquentes.

Lundi dernier, la malade souffre cruellement sans pouvoir uriner : depuis 3 jours, la malade urine plus facilement. Urines troubles sans hématuries.

Examen : Malade apyrétique. Bon état général.

Toucher : révèle une grosse masse volumineuse, dure, bosselée, adhérente au cul-de-sac postérieur, débordant à gauche.

Palper abdominal : Un peu douloureux, ne permet pas d'apprécier le volume de la tumeur.

Rien dans le cul-de-sac droit.

28 ans après l'opération, malade revient dans le service avec *phénomènes urinaires dus à une tumeur pelvienne*.

Diagnostic : Tumeur de l'ovaire. L'ablation montre après examen une tumeur du type végétant, assez bénigne histologiquement.

Forme simulant la grossesse

Les kystes de l'ovaire simple, surtout les kystes mucoïdes, peuvent très souvent en imposer pour une grossesse par l'aménorrhée prolongée qu'ils peuvent entraîner.

Il en est de même des tumeurs de l'ovaire qui provoquent l'augmentation progressive de volume du ventre et parfois des vomissements et la disparition des règles. Toutefois, le toucher montre que « l'hypothèse de grossesse est peu vraisemblable à cause d'un

col allongé et dur et de l'absence de modifications des seins ».

Toutefois, il ne faut pas oublier la coexistence toujours possible d'une grossesse et d'une tumeur de l'ovaire à laquelle la grossesse donne habituellement un coup de fouet.

OBSERVATION LXXV

Tumeur de l'ovaire : pseudo-grossesse. Tableau symptomatique : pertes minimes, noirâtres, non douloureuses, durant 3 semaines. Puis arrêt des règles. Ballonnements ressemblant à des bruits fœtaux. La malade était entrée à la Maternité pour pleurésie droite. Hypothèse de tumeur de Krukenberg.

D..., 35 ans. Rentrée pour pleurésie dans le service du Prof. Gallavardin : mari mort de tuberculose. Réglée à 16 ans. Un enfant vivant, un enfant tuberculeux.

L'affection remonte à juillet 1921, débute par des douleurs du bas-ventre irradiées au membre inférieur droit.

Le 13 juillet, la malade commence à perdre : pertes noirâtres durant 3 semaines : *depuis toute perte a cessé : la malade se croit enceinte d'autant que quatre mois et demi après, elle avait l'impression de ressentir des mouvements fœtaux et elle avait une montée de lait.* Un accoucheur confirme son diagnostic.

Le 12 février 1923 : malade rentre à la Maternité pour sa grossesse. On lui trouve une pleurésie droite.

Le 15 : Entre chez le Prof. Gallavardin. Thoracencéphalite.

Le 19 : Dans le service du Prof. Gallavardin on est frappé de deux choses :

1° *Caractère anormal de l'épanchement pleurétique* qui se reproduisait rapidement et qui a nécessité six ponctions.

2° *Existence dans l'abdomen d'une masse* qui ne peut être attribuée à un utérus gravide, malgré l'interruption des règles de 7 mois : le col est allongé et dur : pas de modifications des seins.

On pense à une tumeur utérine ou ovarienne : l'épanchement pleural droit serait le fait d'une généralisation pleurale; mais on s'étonne de la précocité de cette généralisation en l'absence de douleurs.

Le 23 mars 1923 dans le service du Prof. Tixier :

Le toucher vaginal montre un col dur, médian, surmonté d'un utérus fixé et perdu dans une masse qui plonge dans le pelvis abaissant le Douglas.

Palper adominal : montre au-dessus de cet utérus fixé, deux petites têtes de fœtus ballottantes; on diagnostique: tumeur bilatérale des ovaires.

Laparatomie : elle montre une petite quantité d'ascite: les tumeurs des ovaires.

L'examen histologique permet d'établir 3 hypothèses :

Dégénérescence mucoïde ou lipoïde du stroma. Tumeur de Krukenberg.

Formes aiguës

Elles font l'objet d'un diagnostic urgent à l'Infirmerie de Porte ou dans un service chirurgical.

Dans la plupart des cas, elles se présentent comme des occlusions intestinales.

1° LES FORMES OCCLUSIVES sont les plus importantes. Il s'agit le plus souvent d'une femme d'une cinquantaine d'années qui entre d'urgence pour occlusion aiguë de l'intestin. On s'étonne de l'occlusion avec 38°5. On pratique un toucher. Une tumeur est sentie dans le Douglas, on fait ainsi le diagnostic d'occlusion intestinale : symptomatique d'une tumeur de l'ovaire.

2° Ces tumeurs peuvent aussi se présenter comme des *formes compliquées par torsion et rupture de kyste*.

3° D'autres enfin simulent l'*appendicite* par des crises douloureuses dans la fosse iliaque droite avec vomissements, température.

Un examen gynécologique complet, surtout un toucher, doivent être pratiqués minutieusement pour toutes ces formes aiguës.

1. — *Forme occlusive*

OBSERVATION LXXX

Tumeur de l'ovaire à forme occlusion intestinale. Vomissements. Arrêt complet des matières et des gaz.

D..., 59 ans. Réglée à 18 ans, Antécédents bacillaires. Mariée. Pas d'enfants.

En 1919 : *première crise d'occlusion : douleurs dans la fosse iliaque gauche; vomissements; arrêt complet des matières et des gaz. Ventre dur. On conseille la médication opiacée, la crise cesse,*

En 1921 : *deuxième crise* : mêmes signes, plus violents : on demande l'opération.

Examen le 19 février 1924 : Ventre souple à droite, à gauche masse que l'on accroche avec les doigts.

Toucher vaginal : on perçoit difficilement le col : rétroversion évidente ; puis dans le Douglas ballotement d'une petite masse.

Intervention : Tumeur kystique de l'ovaire, extirpée facilement.

Le 5 avril 1924 : Malade revient : pas de signe de repullulation.

OBSERVATION LXXXI

Tumeur bilatérale des ovaires à forme occlusion intestinale. Température à 38°3. Ventre tendu et immobile. Ascite. Masse bosselée ovarienne tombant dans le Douglas.

B..., 50 ans. Malade admise d'urgence le 11 janvier 1925 pour occlusion intestinale.

A ce moment-là : température : 38°3. Pas de tympanisme ; un peu de matité dans les flancs.

Toucher vaginal : Montre une masse bosselée infiltrant le Douglas : Masse irrégulière, bourgeonnante, mais lisse. On diagnostique tumeur de l'ovaire. La malade présente aussi un énorme goitre du lobe droit de la thyroïde.

Intervention : Ascite hyaline. Hystérectomie. Bons résultats post-opératoires.

L'examen histologique montre une masse constituée par du *corps thyroïde pur avec beaucoup de substance colloïde*.

OBSERVATION LXXXII

Tumeur bilatérale des ovaires à forme occlusive. Forme occlusion intestinale subaiguë avec vomissements. Météorisme. Coliques. Quelques gaz. On pense à un néoplasme du sigmoïde.

G..., 65 ans. Malade *examinée à l'Infirmierie de Porte par le Docteur Pollosson; entrée pour occlusion intestinale* : vomissements bilieux, météorisme. C'est une constipée opiniâtre, qui raconte l'histoire typique d'un néoplasme du sigmoïde.

Depuis 2 ans alternatives de diarrhée et de constipation; selles striées de sang; douleurs abdominales à gauche; météorisme : arrêt momentané des matières et des gaz. Ces phénomènes évoluent vers l'occlusion : la malade a des hémorragies intestinales la veille de son entrée à l'hôpital.

Examen le 19 novembre : Ventre contracturé, douloureux, émission de quelques gaz, pas d'ondes péristaltiques, pas de facies abdominal.

Le toucher vaginal, combiné au toucher rectal, montre au Docteur Bertrand un utérus bloqué; rien n'est perçu dans la lumière intestinale.

Le 19 novembre 1930 : *l'intervention* montre qu'il n'y a pas de néoplasme de l'S iliaque : on sent que le petit bassin est comblé par une tumeur de l'ovaire.

Hystérectomie rapide, mais difficile, car le ligament large droit est infiltré.

La malade ne respire plus.

OBSERVATION LXXXIII

Péritonite encapsulante avec tumeur végétante de l'ovaire droit, chez une malade ayant présenté longtemps des phénomènes d'ascite avec signes de subocclusion intestinale.

M..., 69 ans. Premier séjour en 1929 où la malade est opérée d'urgence pour hernie ombilicale étranglée. Deux séjours dans le service du Docteur Roubier *pour ascite*.

En mai 1932 : ascite ponctionnée : laisse palper une masse dans l'hypochondre gauche : on pense à un néoplasme de l'ovaire. Ponction de la masse : donne liquide hémorragique.

Le 5 septembre 1932 : Douleurs gastriques, ventre douloureux avec signes d'occlusion du grêle. Ni selles, ni gaz. Elle vomit. Son pouls s'accélère.

Intervention, à 20 heures, à l'Infirmierie de Porte (Docteur Bertrand) : Montre un péritoine pariétal très épaissi : la laparotomie agrandie permet d'arriver à une immense poche de péritonite encapsulante. Au niveau du détroit supérieur, à droite, on trouve à la surface de cette membrane des végétations papillaires saignant facilement. L'histologie montre une tumeur végétante typique d'origine ovarienne comme le prouve l'autopsie.

OBSERVATION LXXXIV

Tumeur de l'ovaire gauche. Foyer de pelvi-péritonite avec liquide séro-hématique.

Eugénie R..., 65 ans. Apparition brusque d'une douleur peu violente avec frisson. Ténésme vésical. Douleurs lombaires. Nausées. Température: 38°. Frissons.

Toucher vaginal : Utérus mobile.

Toucher rectal : Sur la face antérieure du haut rectum, tumeur du volume d'un œuf bombant dans le rectum.

Intervention : Pas de tumeur de l'intestin mais on perçoit derrière le ligament large, tumeur lobulée, appartenant à l'ovaire gauche, noyé dans foyer de pelvi-péritonite enkysté avec liquide séro-hématique.

2. — *Syndrome péritonéal par rupture de la tumeur*

OBSERVATION LXXVI

Tumeur maligne des ovaires crevée dans le ventre d'une femme de 64 ans.

Marie S..., 63 ans. Entrée en octobre 1912 pour douleurs abdominales et parce que son ventre grossit. Pas de maladies antérieures. Réglée à 15 ans.

Affection actuelle : Début il y a un an. Douleurs abdominales à droite; puis tumeur médiane sous-ombilicale.

A l'entrée : Etat dyspnéique, angoisse extrême, ventre énorme.

Percussion : Matité dans les flancs, sonorité médiane jusqu'au diaphragme.

Toucher vaginal : Masse saillante dans le Douglas.

Souffrances très vives. On incise la paroi distendue : asphyxie.

OBSERVATION LXXVII

Péritonite par perforation d'une tumeur de l'ovaire gauche. Ascite très abondante.

P..., 70 ans. Malade sans antécédents pathologiques : bien réglée.

Depuis quelque temps, malaises vagues, pesanteur abdominale.

8 heures avant son entrée, *souffrances violentes, dans tout l'abdomen*, température à 39°, pouls à 110.

Toucher vaginal : Douglas douloureux.

Intervention : Laparotomie sous-ombilicale :

Liquide abondant.

Tumeur kystique de l'ovaire gauche perforée.

Noyaux dans le Douglas.

On place deux gros drains. L'examen bactériologique montre du colibacille.

OBSERVATION LXXVIII

Rupture traumatique d'une tumeur solide de l'ovaire consécutive à une chute : inondation péritonéale.

C⁽¹⁾..., 18 ans. Réglée à 13 ans. Après une chute de bicyclette la malade ressentit des points de côté d'abord plus intenses à droite, puis à gauche.

A l'entrée : douleurs intenses. Abdomen distendu : peau luisante, phénomène du plat très net.

Toucher vaginal : Le Douglas est tendu par du liquide. On discute la possibilité :

(1) Malade présentée à la Société de Chirurgie en Mai 1927.

de rupture de la rate;

de rupture du pancréas et du foie;

d'urionéphrose traumatique. On pense aussi à une contusion du grêle avec péritonite torpide. On doit y penser car la température est à 38° et le ventre très sensible.

Intervention : Péritoine noir. Sang mêlé d'ascite.

On perçoit sous la plaie une masse tendue : c'est une tumeur solide de l'ovaire droit.

Par la suite, l'examen permet de découvrir une nouvelle tumeur de l'ovaire gauche. On intervient, et on extrait une volumineuse tumeur rompue de l'ovaire gauche avec ascite hémorragique.

L'examen histologique montre qu'il s'agit de séminomes de l'ovaire.

3. — *Forme simulant l'appendicite*

OBSERVATION LXXIX

Tumeurs des ovaires et de l'estomac. Malade entrée pour douleurs lombaires et abdominales simulant appendicite. Plus tard grosse ascite et température entretenue par la tumeur ovarienne.

B..., 38 ans. Malade rentrant dans le service pour douleurs abdominales et lombaires.

Le *toucher vaginal* et le *palper abdominal* montrent deux gros noyaux durs en haut du Douglas principalement à droite.

Le 24 février 1930 : *température* à 40°, herpès labial.

Le 4 avril 1930 : point douloureux abdominal droit,

avec irradiations à la cuisse droite. On pense à l'appendicite.

Le *toucher vaginal* pratiqué le 4 mars 1930 montrait en arrière du col une infiltration haute s'étendant à droite, plafond induré, douloureux au toucher. Le Professeur Tixier constate *une légère ascite et pense à une tumeur bilatérale des ovaires*.

La coexistence d'une tumeur de l'estomac et d'une double tumeur des ovaires rappelle un faux Krukenberg.

Quelques jours après, les tumeurs ovariennes ont grossi, l'ascite est importante, la température persistante est manifestement entretenue par la présence des tumeurs de l'ovaire.

Le 24 mars 1930 : Laparotomie. Grande quantité d'ascite. Grosse tumeur infiltrant l'estomac, l'épiploon.

Exploration du petit bassin : Ablation facile des ovaires : de chaque côté tumeur développée aux dépens de l'ovaire, mais la palpation montre qu'elles sont constituées par des poches kystiques.

CHAPITRE II

Etude analytique des symptômes

L'évolution de la tumeur ovarienne est, au début, silencieuse et les premiers signes qui signalent sa présence sont frustes.

La malade vient consulter, dans la plupart des cas, parce qu'elle souffre du ventre ou que l'abdomen a augmenté de volume. Bien plus rarement la tumeur se signale par des signes d'occlusion aiguë ou de rupture de kystes.

Nous passerons successivement en revue les signes fonctionnels, les signes généraux et physiques que nous avons observés.

1. — *Signes fonctionnels*

A. — LES DOULEURS sont souvent le premier symptôme. Il s'agit parfois de simple pesanteur ou de gêne abdominale (19 %). Ces douleurs irradient dans les lombes, le périnée ou les cuisses. Elles peuvent être spontanées ou provoquées à l'occasion d'un effort. Elles revêtent dans 4 % des cas la forme de

coliques utérines : ses malades comparent leurs douleurs à celles de la parturition (observation LXXI).

Dans les formes aiguës, on note des crises paroxysmiques douloureuses et dans le bas-ventre avec vomissements.

B. — TROUBLES MENSTRUELS ET PERTES ROUGES. — L'*aménorrhée* se constate rarement (5 %). Plus souvent on remarque que les règles ont simplement diminué d'importance (10 %) ou sont douloureuses.

Dans 14 % des cas nous avons trouvé des *métrorragies*; dans 7 %, des *ménorragies*. Ces hémorragies sont le plus souvent irrégulières et capricieuses et n'ont pas les caractères des hémorragies régulières menstruelles des fibromes. Elles deviennent continues quand il y a coexistence de cancer du corps.

Dans la majorité des cas, les règles ne sont modifiées ni dans leur apparition, ni dans leur durée, ni dans leur abondance.

On peut voir après la ménopause quelques pertes rouges, accompagnant le plus souvent un fibrome utérin associé.

C. — PERTES BLANCHES (13 %). — Elles apparaissent ordinairement avec des règles régulières. Elles sont peu abondantes et peu fétides, empesant le linge et précédant l'apparition des règles.

D'autres fois, les pertes blanches se sont accompagnées de quelques pertes rouges, le tout assez fétide.

D. — TROUBLES DIGESTIFS. — Il est assez fréquent de constater des troubles gastro-intestinaux assez

marqués, même en dehors de toute lésion gastrique : simples troubles de retentissement fonctionnel.

Dans 36 % des cas, on note de la *constipation* : dans les formes intestinales, une constipation opiniâtre et des phénomènes de sub-occlusion. Dans les formes aiguës, des accidents graves d'occlusion dominant ordinairement la scène (10 %).

Les *vomissements* font souvent leur apparition, mais le plus souvent à une phase avancée de la maladie (21 %).

Ils ne manquent jamais dans les formes gastriques et sont surtout bilieux.

On rencontre plus rarement de la *diarrhée* (9 %) et des tiraillements ou des *douleurs épigastriques*.

E. — TROUBLES URINAIRES. — On constate surtout de la pollakiurie (10 %), qui « oblige la malade à se lever 5 ou 6 fois par nuit pour uriner ». On note aussi des crises de *rétenction* passagère avec douleurs vésicales qui cèdent à un traitement symptomatique ou bien de l'*oligurie* et des *urines troubles* (5 %).

F. — LA DYSPNÉE (9 %) s'observe dans les formes avancées et particulièrement dans les carcinoses péritonéales. Elle peut tenir à deux causes très différentes : 1° à l'abondance de l'épanchement ascitique ; 2° à une métastase pleuro-pulmonaire.

2. — *Signes généraux*

A. — AMAIGRISSEMENT (37 %). — Il apparaît tantôt dès le début, tantôt tardivement surtout dans les formes tumorales, coexistant avec des signes terminaux de cachexie cancéreuse.

Le facies ovarien n'est noté que dans 5 % des cas.

B. — FIÈVRE (30 %). — Souvent les malades accusent, le soir, une fièvre légère : 37°8, 38°, 38°5. Il faut considérer cette température comme un facteur très important de diagnostic de tumeur maligne des ovaires (Tixier).

Dans les formes aiguës, la température s'élève beaucoup et atteint 39°, 39°5, 40° (observations LXXV, LXXVI).

C. — L'ANOREXIE est plus rare (21 %) et s'accompagne d'asthénie.

3. — *Signes physiques*

A. — SIGNES D'ASCITE. — L'ascite, parfois premier symptôme, domine souvent la scène et prend le pas sur les signes de tumeur. C'est un facteur clinique important de malignité.

a) *L'inspection* montre l'augmentation de volume du ventre, étalé au niveau des flancs, ventre de batracien avec déplissement de la cicatrice ombilicale dans

30 % des cas. La malade est déjà à une période avancée. On note également de la circulation collatérale (26 %).

b) La *palpation* révèle le flot ascitique net dans 18 % des cas, par la recherche des vibrations ondulatoires caractéristiques.

Quand l'ascite n'est pas très abondante et l'abdomen pas très tendu, on peut sentir la tumeur, sinon il faut faire une ponction préalable.

c) A la *percussion* on trouve la matité au niveau des flancs dans 42 observations sur 100. L'épigastre sonore est entouré d'un vaste croissant mat. Dans la plupart de ces cas, l'ascite se déplace en masse avec les changements de position.

d) Le *toucher vaginal* révèle dans 5 ou 6 % des cas le ballottement de la tumeur dans le Douglas.

e) *Cytologie du liquide d'ascite*. — Son aspect est en général citrin, assez souvent aussi hématique, rarement chyliforme ou gélatineux. Même dans les cas où le liquide paraît clair, la cytologie peut montrer des globules rouges en assez grande quantité.

Les grandes cellules endothéliales qui signent l'origine cancéreuse ne se rencontrent pas toujours. L'inoculation est négative. On trouve de l'albumine en grande quantité.

B. — SIGNES DE TUMEUR. — a) *Palpation* : Ce n'est souvent qu'après ponction que la tumeur est perçue à la palpation.

On sent une tumeur volumineuse irrégulière bos-

selée, de consistance inégale, en certains points élastiques, en d'autres points rénitents.

b) *Toucher bimanuel rectal et vaginal* : Il donne les plus précieux renseignements. Il est positif dans plus de la moitié des cas.

L'utérus est parfois dévié. On sent la tumeur relativement indépendante de l'utérus.

Dans les culs-de-sac latéraux ou dans le Douglas on perçoit une masse bosselée, parfois un peu douloureuse qui occupe entièrement ces culs-de-sac.

c) *Inspection* : Exceptionnellement ou à une phase très avancée de la maladie, on constate un ventre qui fait une forte saillie et présente une forme en pointe.

C. — SIGNES DE GÉNÉRALISATION. — Outre tous les accidents abdominaux qui correspondent à des métastases ovariennes, on note particulièrement la *pleurésie hémorragique*.

Elle a été observée dans 10 % des cas. Associée à l'ascite, à la fièvre, au mauvais état général, elle a pu, chez des malades jeunes, faire penser au syndrome de Fernet-Boulland.

La bilatéralité de l'épanchement pleural d'une part, la cytologie du liquide de ponction d'autre part, ne sont pas de trop, alors, pour éviter une erreur de diagnostic au moins dans les premiers jours.

CONCLUSIONS

I. — Nous avons pu réunir 80 observations de tumeurs malignes de l'ovaire dans la clinique du Professeur Louis Tixier.

II. — Les aspects cliniques de ces tumeurs sont extrêmement divers, car elles peuvent revêtir le masque de nombreuses autres affections abdominales.

III. — Il y a des formes aiguës, que l'on prend pour des occlusions intestinales, pour des appendicites, pour des péritonites. Certaines tumeurs peuvent se présenter avec des phénomènes de torsion aiguë.

IV. — Il y a surtout des formes chroniques qui, suivant la prédominance ou l'importance d'un signe clinique, se présentent comme :

a) Des *formes kystiques* (on fait le diagnostic de kyste de l'ovaire) ;

b) Des *formes tumorales* (on fait le diagnostic de tumeur maligne pelvienne, voire de fibrome utérin) ;

c) Des *formes ascitiques*, qui posent un diagnostic entre tous les épanchements ascitiques de l'abdomen (tuberculeux, brightiques, cardiaques, cirrhotiques, cancéreux) ;

d) Des *formes digestives*, pour lesquelles on pense à une affection gastrique ou intestinale ;

e) Des *formes urinaires*, où le signe prédominant est l'anurie ou la rétention d'urine ;

f) *Forme simulant la grossesse*.

V. — La coexistence d'une tumeur de l'ovaire avec une autre affection utérine et digestive peut changer l'aspect clinique.

a) Certaines sont associées à des fibromes ou à des cancers du corps utérin ;

b) D'autres réalisent, lorsqu'elles sont associées à un cancer de l'estomac et de l'S iliaque, le syndrome anatomo-clinique de Krukenberg.

VI. — L'analyse détaillée de la valeur des symptômes montre que les signes dominants par leur fréquence sont :

a) Parmi les signes fonctionnels :

1° Les douleurs (70 %) ;

2° Les troubles digestifs (6 %) ;

3° Les troubles urinaires (20 %) ;

4° Les pertes rouges (21 %).

b) Parmi les signes généraux :

1° L'amaigrissement (37 %) ;

2° La fièvre (20 %).

c) Parmi les signes physiques :

1° Les signes de tumeur (le toucher vaginal est positif dans plus de la moitié des cas) ;

2° Les signes d'ascite (40 %).

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	TIXIER.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 29 Octobre 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
<i>Chapitre Premier.</i> — Formes cliniques	11
Généralités	11
Formes kystiques	13
Formes tumorales	30
Formes ascitiques	43
Formes digestives	56
Formes utérines	63
Formes urinaires	72
Formes simulant la grossesse	74
Formes aiguës	76
<i>Chapitre II.</i> — Etude analytique des symptômes	85
CONCLUSIONS	91



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° IMPRIMEURS - ÉDITEURS °° °°

°° 42, QUAI GAILLETON, 42 °°

°° °° °° °° LYON °° °° °° °°



